

EXAMEN MEDICAL D'ÉLÈVE AIDE-SOIGNANT

Je soussigné : D^r _____

Médecin traitant

Après examen de M./Mme _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ à : _____

Demeurant : N° _____ Rue _____

CP : _____ Ville : _____

En vue de sa participation aux stages pratiques prévus durant la formation **certifiée** que l'intéressé(e) conformément à l'arrêté du 12 avril 2021 :

A été vacciné(e) : contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite

| | |
|-------------------------|--------|
| Dernier Rappel effectué | |
| Nom du vaccin : | Date : |

A été vacciné(e) : contre la rougeole (vaccination OBLIGATOIRE dès septembre 2026)

| | |
|-------------------------|--------|
| Dernier Rappel effectué | |
| Nom du vaccin : | Date : |

A été vacciné(e) : contre l'hépatite B (vaccination OBLIGATOIRE)

| | |
|--|--|
| Nom du vaccin : | Date 1 ^{ère} dose : |
| Date 2 ^{ème} dose : | Date 3 ^{ème} dose : |
| <input type="checkbox"/> Immunisé(e) contre l'hépatite B | <input type="checkbox"/> Non répondeur(se) présumé(e) avec surveillance annuelle |

* dans les situations particulières où une protection vaccinale doit être obtenue rapidement, et sur avis de votre médecin traitant, il est possible de procéder à une vaccination en 3 doses sur 21 jours, suivies d'un rappel 1 an après.

Fait à _____ Le ____ / ____ / ____

Cachet et signature du médecin

INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANT

IFAS

C2F/IFAS/D039/1 – 06/09/19