

CERTIFICAT MEDICAL

À FAIRE COMPLETER PAR UN MEDECIN AGREE PAR L'ADMINISTRATION

Liste des médecins à consulter sur le site de l'I.F.S.I

Je soussigné(e) Docteur

Atteste que M

➤ **Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'Aide-soignant(e)**

➤ Vaccinations obligatoires pour l'entrée à l'IFAS (Arrêté du 12 avril 2021) :

❖ Vaccination antidiphthérique, antitétanique et antipoliomyélitique Oui Non (*)
Date de la dernière injection < 10 ans :

❖ Vaccination contre l'hépatite B, menée à son terme selon le schéma recommandé
Oui Non (*)

Sérologie anti-HBS **OBLIGATOIRE** : Date : Résultat :

JOINDRE LA PHOTOCOPIE DES DERNIERS RESULTATS (schéma vaccinal à consulter sur le site de l'I.F.S.I)

➤ Informations pour le Centre Hospitalier de Troyes :

	Maladie	Vaccination	Sérologie
❖ Coqueluche	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (*)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (*)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (*)
❖ Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (*)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (*)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (*)
❖ Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (*)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (*)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (*)
❖ Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (*)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (*)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (*)

➤ Intradermoréaction (IDR) à la tuberculine datant de moins de 2 mois

Date : Résultat :

- **L'IDR à la tuberculine constitue un test de référence dans le cadre de la surveillance des membres des professions à caractère sanitaire ou social exposés à la tuberculose.**

En cas de contre-indication temporaire ou définitive à l'une des vaccinations indiquées ci-dessus, il appartient au médecin inspecteur de l'Agence Régionale de Santé, d'apprécier la suite à donner à l'admission du candidat.

(*) cocher la case désirée.

Suite au verso

Certificat de non contre-indication à la pratique sportive

Je soussigné(e) Docteur

Certifie que l'examen clinique ce jour de :

M.....

- **Ne met pas en évidence de contre-indication concernant la pratique d'une activité physique en club ou à titre individuel et en compétition (barrer la mention inutile)**

Notamment (préciser éventuellement l'activité sportive)

.....

Certificat remis en mains propres à l'intéressé(e) pour faire valoir ce que de droit.

Date

Signature et cachet du Médecin