

## CERTIFICAT MEDICAL

### À FAIRE COMPLETER PAR UN MEDECIN AGREE PAR L'ADMINISTRATION

Je soussigné(e) Docteur .....

Atteste que M .....

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

➤ Vaccinations obligatoires pour l'entrée à l'IFSI (Arrêté du 21 avril 2007 modifié) :

❖ *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 : .....*

*En cas de non vaccination contre l'hépatite B, cette dernière doit être réalisée et une sérologie anti-HBS doit être supérieure à 10 UI avant le départ en stage.*

➤ 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.***

➤ Radiographie pulmonaire datant de moins de 2 mois Oui  Non  (\*)

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.

.../...

## 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