

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), **Docteur** _____, **Médecin agréé** par les autorités
sanitaires du Département _____, exerçant à _____
N° d'Agrément : _____ - Téléphone : _____

Certifie que :

Nom : _____ Prénom : _____
Né(e) le : _____ A : _____
(code postal/ville/pays)
Numéro d'immatriculation à la CPAM : _____

--	--	--	--	--	--	--

1. **est vacciné(e) conformément à la réglementation en vigueur, fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France, soit :**

- ☐ **D.T.P** avec un rappel de moins de 10 ans - date : _____
- ☐ **I.D.R.** de moins de 3 mois - date : _____ **Résultat** : _____
- ☐ **Hépatite B – 3 injections**

1 ^{ère} injection	2 ^{ème} injection	3 ^{ème} injection
Date :	Date :	Date :
Rappel	Rappel	Rappel
Date :	Date :	Date :


- ☐ **Contrôle d'anticorps anti-HBs de moins de 3 mois - date** : _____
Résultat : _____
(joindre obligatoirement la copie des résultats du Laboratoire)

2. **n'est atteint(e) d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'Aide-Soignant(e).**

Fait à : _____
Le : _____

Signature et cachet **obligatoires**

Ce certificat est non substituable : aucun autre document ne sera accepté pour l'entrée en formation. Il doit être présenté **rempli dans son intégralité (= schéma vaccinal terminé) le jour de la rentrée 2024/2025**. L'admission définitive en formation y est subordonnée.

	Partie réservée au Centre Hospitalier Comminges Pyrénées	
Validation administrative IFAS : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Validation médicale CHCP	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non