

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