

PASSEPORT VACCINATIONS DES ÉLÈVES DES INSTITUTS DE FORMATION AIDES-SOIGNANT(E)S

Je soussigné(e), Docteur _____

Certifie que M _____ Né(e) le _____, a reçu les vaccinations suivantes :
(noter impérativement la civilité enregistrée sur la pièce d'identité, ex : nom suivi du nom d'usage, prénom)

Date, cachet et signature du médecin :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

dTP dTPCoq	Date : Date :	
HÉPATITE B	Date 1 ^{ère} injection : Date 2 ^{ème} injection : Date 3 ^{ème} injection :	Dates rappels éventuels :
Sérologie complète : Antigène HBs Anticorps anti HBs Anticorps anti HBc totaux et IgM	Date :	Résultat :

VACCINATIONS RECOMMANDÉES

Rougeole-Oreillons-Rubéole	Date 1 ^{ère} injection : Date 2 ^{ème} injection :	Date Maladie :
Varicelle	Date : Date sérologie :	Date Maladie :
Méningocoque	Date :	

IDR à la tuberculine	Date	Résultats (en mm)

NOM (nom de naissance) :

NOM D'USAGE :

Prénom :

CERTIFICAT

(à compléter par un médecin agréé)

Je soussigné(e),

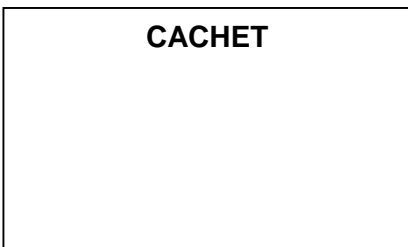
Docteur.....

Certifie que M.....

Né(e) le.....

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

- Est considéré(e) comme immunisé(e) contre l'Hépatite B au regard des textes (sérologie > 100UI/L) et ne présente pas de contre-indication à la réalisation des stages inhérents à la formation d'aide-soignant(e)



Fait à Le.....

Signature :