



IFAS LES CHARMILLES

1 rue Etienne de la Boëtie
BP 565
36019 CHATEAUROUX Cedex
Tel : 02 54 60 50 50
Mail : ifas.charmillles@ac-orleans-tours.fr

IFAS Sonia DELAUNAY

21 bis rue d'Auvergne
41000 BLOIS
Tél : 02.54.90.48.00 – Fax : 02.54.90.48.01
Mail : ifas.lp.delaunay@ac-orleans-tours.fr



CERTIFICAT

(à compléter par un médecin agréé de l'administration sur le site de l'ARS)

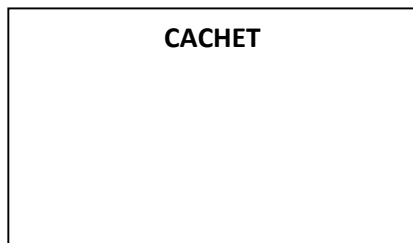
Je soussigné(e),

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.



CACHET

Fait à Le.....

Signature :

 	<p>IFAS LES CHARMILLES 1 rue Etienne de la Boétie BP 565 36019 CHÂTEAUXOUX Cedex Tel : 02 54 60 50 50 Mail : ifas.charmilles@ac-orleans-tours.fr</p> <p>----</p> <p>IFAS Sonia DELAUNAY 21 bis rue d'Auvergne 41000 BLOIS Tél : 02.54.90.48.00 – Fax : 02.54.90.48.01 Mail : ifas.lp.delaunay@ac-orleans-tours.fr</p>	      <p><small>La certification qualité a été délivrée au titre des catégories d'actions suivantes : Actions de formation Bilan de compétences Validation des acquis de l'expérience</small></p>
--	---	---

PASSEPORT VACCINATIONS

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)

CACHET

Fait à Le.....

Signature :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

dTP dTPCoq	Date : Date :	
HÉPATITE B	Date 1 ^{ère} injection : Date 2 ^{ème} injection : Date 3 ^{ème} injection :	<u>Si non répondeur</u> Date 4 ^{ème} injection : Date 5 ^{ème} injection : Date 6 ^{ème} injection :
Titrage anticorps anti HBs Recherche anticorps anti HBc <u>si taux d'Anticorps Anti HBs</u> <u>inférieur à 100 mUI/ml</u>	Date : Date :	Résultat : Résultat :