

**Attestation médicale d'aptitude,  
d'immunisation et de vaccinations obligatoires**

Dr Nom Prénom  
Titre et qualification  
Adresse  
Téléphone

Lieu, date

Je, soussigné(e) Dr \_\_\_\_\_, certifie que M / Me

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_

- Candidat(e) à l'inscription à la formation d'aide-soignant :
- est apte physiquement et psychiquement à suivre la formation et à exercer le métier d'aide-soignant
- a été vacciné(e) :
- Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :

Dernier Rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- Contre la fièvre typhoïde depuis moins de 3 ans (*pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination dans un laboratoire de biologie médicale, i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles*) :

Nom du vaccin	Date	N° lot

- Contre l'hépatite B, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme (*rayez les mentions inutiles*) :
  - immunisé(e) contre l'hépatite B :      oui      non
  - non répondeur (se) à la vaccination :      oui      non
- Par le BCG (*obligatoire aussi pour d'autres filières d'études*) :

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date (dernier vaccin)	N° lot

  

IDR à la tuberculine	date	Résultat (en mm)

**Signature et cachet du médecin**

**Nota bene :** Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.