

## CERTIFICAT MEDICAL

Année scolaire 2021 -2022

Je soussigné(e), Docteur ..... ,  
certifie que l'élève ou l'étudiant(e) :

**NOM** ..... **Prénom** .....

né(e) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ candidat(e) à l'entrée en formation dans le cursus suivant :

Classes en voie scolaire Sous Contrat
<input type="checkbox"/> <b>STS SP3S</b> <i>Services et Prestations des Secteurs Sanitaire et Social</i>
<input type="checkbox"/> <b>STS ESF</b> <i>Economie Sociale Familiale</i>
<input type="checkbox"/> <b>Bac Pro ASSP</b> <i>Accompagnement, Soins et Services à la Personne</i>
<input type="checkbox"/> <b>Bac Pro AEPA</b> <i>Animation, Enfance et Personnes Agées</i>

1/ a subi les vaccinations suivantes (obligations pour tous stages et activités professionnelles en établissement ou organisme privé de prévention ou de soins, loi n° 91-73 du 18 janvier 1991) :

- **D T POLIO** dernier rappel \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- **Test tuberculinique** (datant de moins d'un an) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_
- **B.C.G. INTRADERMIQUE** vaccination le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pour les étudiants ayant l'intention d'effectuer leur(s) période(s) de formation en milieu professionnel en structure de prévention et de soins (en structure hospitalière ou en structure d'accueil de la Petite Enfance)

- **Hépatite B**  
Dates de vaccinations (mois et année) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2/ est immunisé(e) contre      •**la Rougeole**                      •**la Rubéole**  
(date de maladie ou vaccination)      \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3/ est **apte** (physiquement et psychologiquement) à **exercer** une ou plusieurs période(s) de formation en milieu professionnel :

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| dans un <b>service de prévention ou de soins</b> (structure hospitalière) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| en <b>structure d'accueil de la Petite Enfance</b>                        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| en <b>structure sociale ou de services</b>                                | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

DATE

CACHET & SIGNATURE DU MEDECIN