

194 AVENUE RUBILLARD
72037 LE MANS CEDEX
Tél. : 02 43 43 43 30
Fax : 02 43 43 24 41

DOSSIER D'ADMISSION I.F.S.I.
CENTRE HOSPITALIER DU MANS

**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A L'EXERCICE DE LA PROFESSION IDE
& CERTIFICAT DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES**

A REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE

Vous pouvez consulter la liste des médecins agréés sur le site de l'A.R.S.
de votre région (ex pour les Pays de la Loire) :

<https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/consulter-la-liste-des-medecins-agrees-en-pays-de-la-loire>

Je, soussigné.e Dr..... Médecin agréé.e,

Adresse

Téléphone.....

Certifie que Mr, Mme, Mlle (*) ::.....

Né.e le/...../....., candidat.e à l'inscription en formation d' Infirmier.e diplômé.e d'Etat

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession et au suivi de la formation,

Remplit les conditions de vaccinations obligatoires conformément à la réglementation pour servir et faire valoir ce que de droit (joindre photocopies du carnet de vaccinations conformément à l'arrêté du 2 mars 2017 suspendant les annexes I et II de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L-3111-4 du Code de la Santé Publique).

A été vacciné.e :

Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite ([arrêté du 2/08/2013](#))

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

Contre l'hépatite B ([arrêté du 22/02/2018 fixant les conditions d'immunisation](#))

Nom du vaccin	Date	N° lot

Sérologie	Date	Résultats
Ac anti-HBs (> 10UI/l)		

Selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré.e comme (rayer les mentions inutiles) :

Immunisé.e contre l'hépatite B : OUI NON

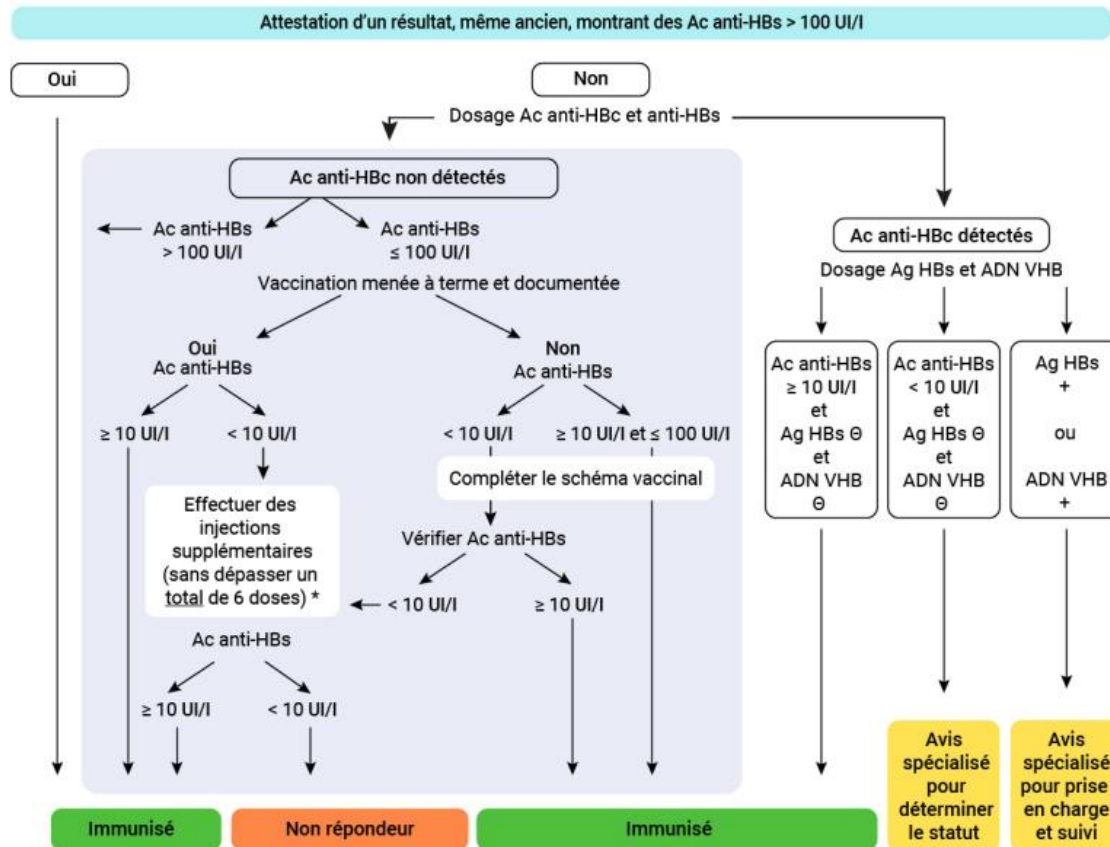
Non répondeur.se à la vaccination : OUI NON

Date du certificat :

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.

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013.



Ac : anticorps - Ag : antigène - VHB : virus de l'hépatite B

* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté.

Textes de référence

- Articles L.3111.1, L.3111.4 et L.3112.1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111.4 du CSP
- Décret n°2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG, version consolidée au 1/04/2019
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111.4 du CSP

Calendrier vaccinal en vigueur (cf site du ministère chargé de la santé) :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_avril24.pdf