

## ROUGEOLE

⇒ Antécédents de rougeole :  OUI  NON

⇒ Si non :

Vaccination	Nom du vaccin	Dates d'injection (JJ / M / AN)
1 <sup>ère</sup> injection		
2 <sup>ème</sup> injection		

⇒ En cas de doute : sérologie

Date	Résultat

## VARICELLE

⇒ Antécédents de Varicelle :  OUI  NON

⇒ Si non :

Vaccination	Nom du vaccin	Dates d'injection (JJ / M / AN)
1 <sup>ère</sup> injection		
2 <sup>ème</sup> injection		

⇒ En cas de doute : sérologie

Date	Résultat

**Merci de joindre une photocopie du carnet de santé**

Certificat établi le ..... à .....

NOM d'usage :

PRENOM de l'élève :

 Institut Formation Santé de l'Ouest	<b>INSTITUT DE FORMATION D'AIDES - SOIGNANTS</b> LA ROCHE SUR YON 02 51 62 67 27 ifaslaroche@ifso-asso.org	 INSTITUT DE FORMATION AIDE SOIGNANT AGREE ET FINANCE PAR LE CONSEIL REGIONAL
---	---	--

Documents médicaux à prévoir dès l'inscription et à remettre avant l'entrée en formation. **Tout dossier incomplet ne vous permettra pas d'aller en stage.**

**Pour être conforme aux textes en vigueur, nous vous recommandons de vérifier ou de débiter votre vaccination dans les jours qui viennent, plusieurs injections étant parfois nécessaires. Pour cela,**

⇒ Contactez d'abord votre médecin traitant pour la mise à jour de vos vaccinations et sérologies,

⇒ Contactez ensuite un médecin agréé pour remplir les attestations ci-dessous :

- 1) Un certificat médical rempli par un médecin agréé<sup>(1)</sup>, attestant que :  
« Le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession » en référence à l'article 13 de l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'Aide Soignant.
- 2) Un certificat médical de vaccinations et une copie du carnet de vaccinations ou du carnet de santé conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France :
  - Diphtérie Tétanos Polio : dernier rappel de moins de 10 ans,
  - Tuberculose :
    - Preuve écrite de la vaccination par le B.C.G. ou cicatrice vaccinale.
    - Résultat en millimètres d'une Intradermo réaction à 5 Unités de tuberculinique liquide de moins de 6 mois à l'entrée en formation.
  - Hépatite B : vaccination à jour, conformément à 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.
- 3) Selon le calendrier vaccinal en vigueur, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle, la grippe saisonnière. (Annexe 2. Instruction N° DGS/R11/R12/2014/21 du 21 janvier 2014)

(1) Liste consultable sur internet à l'adresse suivante pour la région :

Pays-de-la-Loire ou contacter l'ARS du département <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/consulter-la-liste-des-medecins-agrees-en-pays-de-la-loire>  
Bretagne [www.bretagne.sante.gouv.fr](http://www.bretagne.sante.gouv.fr) ou contacter l'A.R.S. du département

**Signature et Cachet du Médecin agréé**

NOM d'usage :

PRENOM de l'élève :

PRENOM de l'élève :

### CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS

Je soussigné(e) Docteur.....

Certifie que ..... né(e) le.....

A reçu les vaccinations suivantes et les sérologies nécessaires :

DIPHTERIE – TETANOS – POLIOMYELITIS +/- COQUELUCHE  
(Art. L3111-4 du code de la Santé Publique)

	Nom du vaccin	Date d'injection (JJ / M / AN)	N° du lot
1 <sup>ère</sup> injection			
2 <sup>ème</sup> injection			
3 <sup>ème</sup> injection			
Dernier rappel DTP			
Dernier rappel DTCP			

#### BCG

Nom du vaccin	Dates d'injection (JJ / M / AN)	N° du lot

Ou *Cicatrice vaccinale* :  OUI  NON

IDR à la tuberculine - 5 UJ

Une intradermo réaction à la tuberculine datant de **moins de 1 an** avant l'entrée en formation.

Date (JJ / M / AN)	Résultat en mm*

\* Un résultat noté « + » n'est pas valide, il doit être chiffré en mm  
Il n'est pas demandé de revacciner en cas de test tuberculinique négatif.

#### COVID

Certificat ANTI-COVID en cours de validité (preuve à fournir à la rentrée).

HEPATITE B  
(Art. L 3111-4 du code de la Santé Publique)

#### En référence à :

- ☛ L'Arrêté du 2 aout 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L – 3111-4 du code de la Santé publique.
- ☛ L'INSTRUCTION DGS/RI1/RI12/2014/21 du 21 janvier 2014, relative aux modalités d'application de l'arrêté du 2 aout 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L – 3111-4 du code de la Santé publique – *Annexe 1*
- ☛ L'AVIS, du 20 février 2014, du Haut conseil de la santé publique, relatif aux schémas vaccinaux accélérés contre l'hépatite B par les vaccins ENGERIX B® 20 microgrammes/1 ml et GENHEVAC B Pasteur® 20 microgrammes/0,5 ml

#### VACCINATION :

	Nom du vaccin	Date d'injection (JJ / M / AN)	N° de lot
<b>Schéma vaccinal</b> ☛ Classique ( « 0 – 1 – 6 » )	1 <sup>ère</sup> injection		
	2 <sup>ème</sup> injection		
	3 <sup>ème</sup> injection		
☛ Accélééré	Rappels		
☛ Ancien schéma	Rappels		
	Rappels		

#### TAUX D'ANTICORPS ANTI HBS

Date	Résultat

#### TAUX D'ANTICORPS ANTI HBC, si disponible

Date	Résultat

Immunisé(e) contre l'hépatite B :  oui  non

Non répondeur (se) à la vaccination :  oui  non