Documents médicaux
à fournir le jour de la rentrée

2 impasse Isaac Newton 85340 Les Sables-d'Olonne
Tel. : 06.14.30.64.14 / Courriel : contact@ifsi.formationsante-vlo.com

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATION et d'IMMUNISATION

(Etabli par votre médecin traitant)

Je soussigné(e),

Docteur .....

Certifie que

Madame ☐, Monsieur ☐

.....

Né(e) le .....

A ses vaccinations obligatoires à jour, conformément à la réglementation en vigueur.

☐ oui ☐ non

Doit réaliser un rappel durant le cursus

☐ oui ☐ non

Si oui préciser : .....

Est considéré immunisé contre l'hépatite B, conformément à la réglementation en vigueur

☐ oui ☐ non

A été informé des vaccinations recommandées possibles dans le cadre de son orientation

☐ oui ☐ non

Fait à ..... le .....

Signature :

CACHET

Compléter les informations au verso

Vaccinations obligatoires

Diphtérie + tétanos + poliomyélite +/- coqueluche *Pour les professionnels de santé, il est recommandé que les rappels administrés aux âges de 25, 45, 65 ans comportent systématiquement la valence coqueluche*		
DTP	Nom du vaccin	Date dernière dose
DTPC	Nom vaccin	

Vaccination hépatite B			
Nom du vaccin	Nombre de doses reçues	Protocole	Date dernière dose
Date			

Immunisation contre l'hépatite B

Sérologie				
Anti HBs	Date	Résultat		
Anti HBc	Date	Résultat		

☐ sérologie négative après 6 doses = non répondeur(euse) à la vaccination

Autres vaccinations

Antituberculeuse		
BCG	Date(s)	
IDR	Date	Résultat en mm
Rougeole, oreillon, rubéole		
ROR 1ère injection	Date	OU date maladie
ROR 2ème injection	Date	
Autres (grippe, meningocoque, varicelle, hepatite A, covid…)		
Vaccin / maladie	Date	

CERTIFICAT MEDICAL de non contre indication

(Etabli par un médecin agréé par l'ARS - cf. liste sur le site internet de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire)

Je soussigné(e),

Docteur .....

Exerçant à .....

Certifie que

Madame ☐Monsieur ☐

Nom de naissance ..... Nom marital.....

Né(e) le .....

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'infirmier(e)

Fait à ..... le .....

Signature :

CACHET

Art. 54 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié par arrêté du 17 avril 2018 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux :

*« **L'admission définitive dans un institut de formation en soins infirmiers est subordonnée** à la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un **certificat établi par** un médecin agréé attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession… »*