



Institut de Formation en Soins Infirmiers

CERTIFICATS MEDICAUX OBLIGATOIRES
POUR SUIVRE LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

→ **Certificat médical émanant d'un médecin agréé :**

Ce certificat doit attester que le candidat présente les **aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à la formation et à l'exercice de la profession**. Le montant de la visite n'est pas remboursé.

→ **Certificat de vaccinations** à l'exercice de la profession :

Ce certificat doit être complété par votre médecin traitant ou du médecin agréé.

Vaccinations obligatoires :

Le médecin doit indiquer de façon précise : Jour - mois - année de l'injection ainsi que le produit utilisé.

➤ **DTP**

➤ **Hépatite B :**

Une sérologie doit être réalisée prouvant la présence d'anticorps anti-HBs

Si le dosage des anticorps anti HBS est < 100 UI/ml il est obligatoire de réaliser le dosage des antigènes HBs et des Ac anti HBc

COVID 19 : Les étudiants en santé doivent présenter un schéma vaccinal complet avec dose de rappel. Cette vaccination est à ce jour obligatoire avec dose de rappel depuis le 30 Janvier 2022.

Vaccinations fortement recommandées :

- La Rougeole, oreillons et rubéole (y compris si né avant 1980 sans antécédent)
- La Varicelle (si aucun antécédent séronégatif)
- La Coqueluche

Il vous est recommandé d'en parler avec votre médecin traitant.

Lors de votre rencontre avec le médecin agréé et/ou votre médecin traitant, vous devez présenter votre carnet de santé, les éléments de votre dossier médical que vous avez en votre possession ainsi que les documents « certificat médical d'aptitudes » et « certificat de vaccinations » à compléter.

PS : Note à l'attention des candidats bénéficiant de la Promotion Professionnelle :

Ces candidats devront fournir le certificat médical émanant d'un médecin agréé, et prendre rendez-vous au service Santé au Travail de leur établissement.

Conformément à la réglementation en vigueur dans les IFSI (Arrêté du 22 octobre 2005 modifié, titre 1^{er}, Art. 13), (Arrêté du 16 janvier 2006 modifié, titre 1^{er}, Art. 13), la rentrée et votre formation ne pourront s'effectuer que si ces documents ont été rendus dans les délais impartis.



Institut de Formation en Soins Infirmiers

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDES

(Art-54 DE l'arrêté du 21 avril 2007 modifié)

Certificat à établir par un **médecin agréé** pour l'admission en Institut de formation paramédicale

Je soussigné(e), Docteur :

.....

Médecin agréé pour la préfecture du

département.....

Exerçant à

.....

Certifie que Mme, Melle, Mr

.....

Né(e) le

.....

Demeurant à

.....

Présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires au suivi de la formation et à l'exercice de la profession d'infirmier(e)

.....

Date :

Cachet et signature du Médecin agréé



Institut de Formation en Soins Infirmiers

CERTIFICAT DE VACCINATIONS

Dans le cadre réglementaire pour l'entrée dans une formation paramédicale et de la conformité des obligations vaccinales décrite par :

- L'article L3111- 4 (Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 art. 62, art. 63 Journal Officiel du 20 décembre 2005) **concernant l'obligation d'une vaccination contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite.**
- L'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique (Art. 2. Les élèves ou étudiants mentionnés à l'article 1er de l'arrêté du 6 mars 2007 susvisé sont soumis aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique. A défaut, ils ne peuvent effectuer leurs stages.)
- Le décret n° 2019-149 du 27 février 2019 modifiant le décret n° 2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG
- La loi n°2021-1040 du 05 Août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire
- Le décret n° 2022-51 du 22 janvier 2022 modifiant le décret du 1^{er} Juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de la crise sanitaire.

Je soussigné(e), Docteur :

Certifie que Melle, Mme, M. :

Né(e) le :

A subi les vaccinations suivantes (Indiquer de façon précise Jour-Mois-Année de l'injection et le produit utilisé) :

DTP (obligatoire)

- | | |
|-------------------------------|-------------------|
| ➤ Dernier rappel : | Produit utilisé : |
| ➤ Dernier rappel Coqueluche : | Produit utilisé : |

A subi les vaccinations suivantes (Indiquer de façon précise Jour-Mois-Année de l'injection et le produit utilisé) :

HEPATITE B (obligatoire)

- | | |
|--------------------------------|-------------------|
| ➤ 1 ^{ère} injection : | Produit utilisé : |
| ➤ 2 ^{ème} injection : | Produit utilisé : |
| ➤ 3 ^{ème} injection : | Produit utilisé : |

- | | |
|--------------------------------|-------------------|
| ➤ 4 ^{ème} injection : | Produit utilisé : |
| ➤ 5 ^{ème} injection : | Produit utilisé : |
| ➤ 6 ^{ème} injection : | Produit utilisé : |

Dosage sérologique (obligatoire)

- | | |
|--------------------|----------|
| ➤ Ac anti HBs le : | Dosage : |
|--------------------|----------|

Si le dosage des Ac anti HBs est inférieur à 100 mUI/ml à doser obligatoirement :

- | | |
|---------------------|----------|
| ➤ Ac anti HBc le : | Dosage : |
| ➤ Antigène HBs le : | Dosage : |

ROR (recommandé)

- | | |
|---------------------------------|-------------------|
| ➤ 1 ^{ère} injection : | Produit utilisé : |
| ➤ 1 ^{er} rappel : | Produit utilisé : |
| ➤ <u>Rougeole</u> contractée : | ou sérologie : |
| ➤ <u>Oreillons</u> contractés : | ou sérologie : |
| ➤ <u>Rubéole</u> contractée : | ou sérologie : |

Varicelle (recommandé)

- | | |
|----------------|----------------|
| ➤ contractée : | ou sérologie : |
|----------------|----------------|

COVID 19 (obligatoire)

Présente un Schéma vaccinal complet avec dose de rappel (ou présente une contre- indication médicale : fournir le certificat)

1^{ère} injection :

2^{ème} injection :

Dose de rappel :

Date :

Cachet et Signature du Médecin