



## ATTESTATION MEDICALE

Je soussigné-e atteste avoir examiné :

Mlle/Mme/M. ....

Né-e le ..... à .....

Je confirme qu'elle-il est :

apte

inapte

à suivre la formation d'assistant-e en soins et santé communautaire.

Le carnet de vaccination contenant les vaccinations suivantes est à jour.

- |                |                              |                              |
|----------------|------------------------------|------------------------------|
| ▪ Hépatite B   | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| ▪ Sérologie    | .....U/I                     |                              |
| ▪ Diphtérie    | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| ▪ Tétanos      | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| ▪ ROR          | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| ▪ Poliomyélite | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

Les vaccins suivants sont recommandés pour les services de pédiatrie et maternité :

- Varicelle, sauf si sérologie positive ou antécédent de varicelle
- Hépatite A

Veuillez s'il vous plaît compléter vos vaccinations si elles ne sont pas à jour.

Une copie du carnet de vaccination est demandée lors de la rentrée scolaire

Date :

Signature :