

Certificat d'aptitude physique aux études et à la pratique de la profession *

Année scolaire : - Inscription en 1^{ère} IH 2^{ème} IH 3^{ème} IH

Je soussigné, **Docteur en médecine**, certifié, après l'avoir interrogé et examiné ce jour, que Mr., Mme., Melle.

- Jouit d'une bonne santé et n'est atteint(e) d'aucune affection susceptible de présenter un danger pour les autres étudiant(e)s.
- Ne souffre d'aucun handicap pouvant faire obstacle à l'exercice normal de la profession d'infirmier(ère).
- Me paraît en possession de toutes les facultés physiques et mentales indispensables pour entreprendre les études d'infirmier hospitalier/d'infirmière hospitalière.

Je déclare donc qu'il/elle ne présente aucune contre-indication à la pratique des études en soins infirmiers ainsi qu'à la profession d'infirmier(ère).

Observations et remarques complémentaires :

Vaccinations

Très important : veuillez indiquer la date de la vaccination **et** joindre une copie de la carte de vaccination.

	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche OU Diphtérie, Tétanos	Hépatite A	Hépatite B	OU Hépatite A+B	R.R.O
	Obligatoire		Obligatoire		
1 ^{ère} injonction					
2 ^{ème} injection					
3 ^{ème} injection					
Rappel					

Immunités

Taux d'anticorps HBs : Prise de sang faite le

Pour les filles :

Taux d'Anticorps Rubéole : Prise de sang faite le

Taux d'Anticorps CMV : Prise de sang faite le



Joignez les résultats récents d'une prise de sang mentionnant les anticorps Anti HBs et pour les filles un dosage d'anticorps de la Rubéole et du CMV (=Cytomégalovirus)

Intradermo

Intradermo déjà réalisée ?

OUI NON JE NE SAIS PAS

Si oui, Date de l'intradermo :

Y a-t-il eu une réaction ? OUI NON

Si oui, quel en a été le suivi :

.....

Fait à, le

Cachet du médecin

Signature de médecin

*A faire remplir par un médecin de votre choix.