

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

Année scolaire 2017 – 2018 / Inscription en 1<sup>ère</sup> IH<sup>o</sup> / 2<sup>ème</sup> IH<sup>o</sup> / 3<sup>ème</sup> IH<sup>o</sup> (° entourez)

Je soussigné .....

docteur en médecine à .....

certifie avoir examiné aujourd'hui M .....

Né(e) le ..... à .....

Domicilié(e) à .....

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

### Renseignements médicaux

VACCINATION HEPATITE	Date	Date	Date	Date	Taux Anticorps
Hépatite B					
Hépatite A					
Hépatite A+B					
Contrôle Anticorps HBS					

AUTRES VACCINATIONS	Date	Taux Anticorps
Rubéole		
Contrôle Anticorps IGG		
Tétanos : dernier rappel		

TUBERCULOSE	Date	Résultat
Vaccin BCG (si réalisé)		
Dernier(ère) Intradermo-réaction / Monotest		
Dernière Rx thorax (si réalisée)		

Fait à ....., le ..... 20.....

Cachet du médecin

Signature du médecin

\*A faire remplir par un médecin de votre choix