

ATTESTATION MEDICALE

En référence à l'arrêté du 06 Mars 2007 et du 02 Août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L 3.111-4 du code de la santé publique (et plus particulièrement des personnes inscrites en Institut de Formation en Soins Infirmiers et Aides Soignants)

Je soussigné(e) : Docteur en médecine, certifie que :

Nom :

Nom de jeune fille (*obligatoire pour les femmes mariées*) :

Prénom :

Date de naissance :

En Formation : Infirmier deannée d'études

Dans le cadre de la poursuite de son cursus de formation en soins infirmiers :

Présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession

Est à jour de ces vaccinations obligatoires conformément à la réglementation

Cas particulier :

Etudiant(e) non répondeur à la vaccination de l'Hépatite B :

Assure le suivi annuel des marqueurs sériques

Date :

Signature et cachet du médecin :

Nota bene : selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la varicelle et la grippe saisonnière.