



A compléter par un Médecin Agrée

## I / CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je soussigné(e) ..... médecin agréé sous le numéro d'agrément ..... avoir examiné le ..... /..... /..... l'étudiant(e) en soins infirmiers suivant(e) :

Nom de jeune fille : ..... Prénom : .....

Nom : ..... Date de naissance : ..... /..... /.....

et atteste que la personne susnommée possède :

- l'aptitude physique à intégrer un institut de formation en soins infirmiers et d'y suivre l'intégralité des unités d'enseignement théorique et la formation clinique inhérentes au recueil des principaux textes relatifs au diplôme d'Etat ;
- l'aptitude psychologique à intégrer un institut de formation en soins infirmiers et d'y suivre l'intégralité des unités d'enseignement théorique et la formation clinique inhérentes au recueil des principaux textes relatifs au diplôme d'Etat.

Certificat établi le ...../...../.....

Signature et cachet du médecin agréé

## II / CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS

Je soussigné(e) ..... médecin agréé sous le numéro d'agrément ..... avoir examiné le ..... /..... /..... l'étudiant(e) en soins infirmiers :

Nom de jeune fille : ..... Prénom : .....

Nom : ..... Date de naissance : ..... /..... /.....

atteste que la personne susnommée possède la protection vaccinale conforme à la **réglementation en vigueur** fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France, et est apte à intégrer un institut de formation en soins infirmiers et d'y suivre l'intégralité des unités d'enseignement théorique et la formation clinique inhérente au recueil des principaux textes relatifs au diplôme d'Etat :

- Diphtérie Tétanos Poliomyélite  LE :.....
- BCG  LE :.....
- Test tuberculinique < à 5 ans  .....mm LE :.....
- Hépatite B (3 injections)  Schéma de vaccination contre l'Hépatite B complet  
1<sup>ère</sup> dose :..... 2<sup>ème</sup> dose :..... 3<sup>ème</sup> : dose.....  
 Nécessite l'injection de dose(s) supplémentaire(s)
- Sérologie Ac HBS  Résultat : .....UI/ml LE :.....  
 Si < à 100 UI/ml, 4<sup>ème</sup> injection faite LE :.....
- COVID  1<sup>ère</sup> dose :..... 2<sup>ème</sup> dose :.....

Certificat établi le ...../...../.....

Signature et cachet du médecin agréé

Conformément à l'article 44 de l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux : « l'admission définitive dans un institut de formation est subordonnée :

1° A la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat médical par un médecin agréé attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession.

2° A la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.