

Dossier médical

Certificat médical de vaccinations (ci-joint) – **OBLIGATOIRE POUR LE DÉPART EN STAGE**

Il est impératif de mettre à jour dès à présent vos vaccinations, notamment l'hépatite B qui s'inscrit dans un schéma vaccinal plus long.

Certificat médical d'aptitude physique et psychique (ci-joint) – **Ce certificat doit être établi par un MÉDECIN AGRÉÉ ARS** (ci-joint : un lien vers les listes)

ATTENTION : LE CERTIFICAT MÉDICAL DU MÉDECIN AGRÉÉ CONDITIONNE L'INSCRIPTION DÉFINITIVE EN FORMATION

Certificat médical de vaccinations

À compléter par le médecin traitant ou le médecin agréé ARS

Pour l'entrée en formation D'AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE

NOM PATRONYME :

NOM D'ÉPOUSE :

PRÉNOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

Selon le calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2025

SANTÉ	D T P	Coque- luche	Grippe	Covid-19	Hépatite A	Hépa- tite B	Leptosi- rose	Rage	ROR	Varicelle	FJ	IIM
Étudiants des professions médicales, paramédicales ou pharmaceutiques assistant dentaire	Obl	Rec	Rec	Rec		Obl						
Professionnels des établissements ou organismes de prévention et /ou de soins (liste selon arrêté du 15 mars 1991) dont les services communaux d'hygiène et de santé et les entreprises de transports sanitaires	Obl	Rec	Rec	Rec		Obl (si exposés)			Rec y compris si nés avant 1980, sans ATCD	Rec sans ATCD, séronéga- tif		
Professionnels libéraux n'exerçant pas en établissements ou organismes de prévention et/ou de soins	Rec	Rec	Rec	Rec		Rec (si exposés)						

Source : sante.gouv.fr

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pdf_calendrier_vaccinal-12-2025.pdf

1. ATTESTATION DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique (document joint)

Je soussigné(e) Docteur :

Adresse :

.....

Téléphone :

Certifie que

Né(e) le : a été vacciné(e) :

• Contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la coqueluche :

Dernier rappel DTP effectué			
Nom du vaccin	Dose	Date	N° lot

Dernière injection / Rappel DTP et coqueluche			
Nom du vaccin	Dose	Date	N° lot

• Contre l'hépatite B, selon les conditions définies au verso, il / elle est considéré(e) comme *(cocher les mentions utiles)* :

- immunisé(e) contre l'hépatite B (minimum 3 injections rapprochées) : oui ☐ non ☐
- non répondeur(se) à la vaccination (au terme de 6 injections max): oui ☐ non ☐

2. FORTEMENT RECOMMANDÉE

Rougeole Oreillons Rubéole		
Nom du vaccin	Date	N° lot

3. ATTESTATION DE VACCINATIONS RECOMMANDÉES

• **Par le BCG : 2 cas de figure** (cf. décret du 27 février 2019 ci-joint)

1. Vaccination antérieure

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date (dernier vaccin)	N° lot

2. Si non vacciné(e) BCG ou si absence de preuve : laissé à l'appréciation du médecin

IDR à la tuberculine 5 U (si pas de vaccination BCG ou risque d'exposition)	Date	Résultat (en mm)
Vaccination BCG (si non antérieurement réalisée ou si risque)	Date	Résultat (en mm)

A contracté la varicelle : oui ☐ non ☐

Varicelle		
Nom du vaccin	Date	N° lot

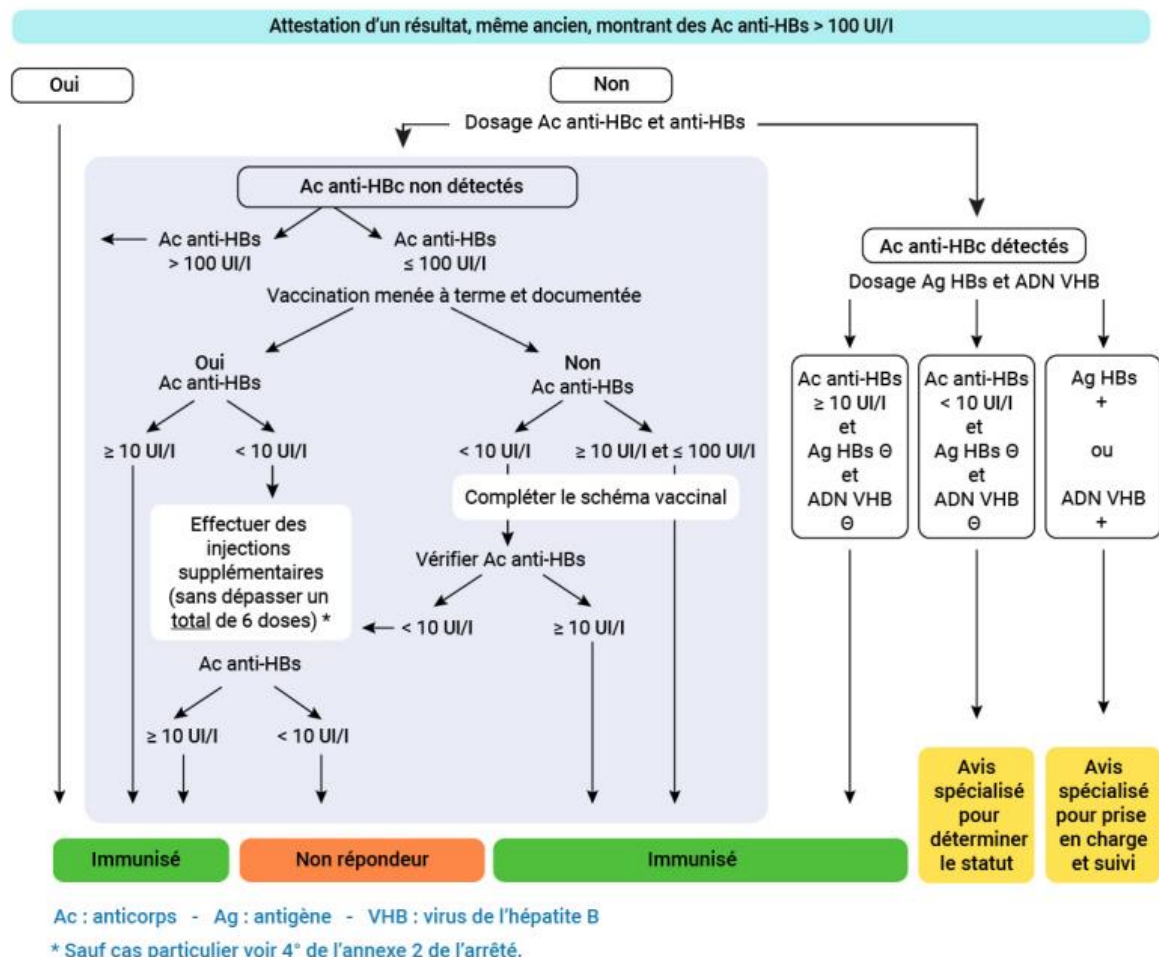
Grippe saisonnière		
Nom du vaccin	Date	N° lot

Fait à

Cachet et signature du médecin

Le

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013.



Textes de référence

Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)

Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)

Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP

Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)

Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP

Calendrier vaccinal en vigueur (cf. site du ministère chargé de la Santé :

<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>

Certificat médical

Datant de moins de 3 mois

Établi par un médecin agréé par l'agence régionale de santé

Je soussigné(e) Docteur :

Docteur en Médecine agréé,

Certifie que

Né(e) le :

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'Auxiliaire de Puériculture.

Fait à

Cachet et signature du médecin

Le

*Liste disponible sur le site de l'ARS ou de la préfecture de votre département :

<https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/consulter-la-liste-des-medecinsagrees-en-pays-de-la-loire>