

Objet : Vaccinations obligatoires - Assurance stages médicaux

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de leur formation professionnelle, les élèves devront effectuer des périodes de formation ou des stages en milieu professionnel.

A ce titre, le médecin traitant devra établir une attestation médicale (modèle ci-joint) précisant le statut immunitaire concernant les vaccinations réglementaires à savoir :

- DT Polio
 - BCG
 - Hépatite B (concernant cette vaccination, le médecin devra prescrire une sérologie lui permettant d'attester l'immunité contre l'hépatite B
-
- **Ces vaccins sont obligatoires** pour les personnels de santé ainsi que **pour les élèves stagiaires**. Ils seront exigés par certains lieux de stage.
 - Si l'élève n'est pas à jour de ces vaccinations, il est indispensable de les faire réaliser au plus vite compte tenu des délais d'immunisation (1 mois après la dernière injection pour l'Hépatite B).
 - **En cas de non vaccination, la poursuite d'études dans certaines filières pourra être compromise.**
 - En cas de contre-indication médicale à une (des) vaccination(s), l'avis du médecin scolaire sera requis.

A ce jour la vaccination pour la Covid-19 n'est pas exigée mais elle pourrait faire partie des obligations vaccinales pour les professionnels de santé. Aussi, si vous en avez la possibilité, je vous encourage à la réaliser sous couvert de votre médecin traitant.

Par ailleurs, une **assurance responsabilité civile, à laquelle vous devez souscrire**, est également **obligatoire**.

Ces documents (copie de l'attestation d'assurance, copie des preuves d'immunisation) seront récupérés le jour de la rentrée par le professeur principal.

D.D.F.P.T.
Mme Guihal

Attestation médicale de vaccination

Je soussigné (e), Docteur, certifie, que

Nom : Prénom né(e) le

- Candidat(e) au :
- Bac Pro HPS
 - Bac Pro ASSP
 - CAP Accompagnement éducatif petite enfance
 - Diplôme d'état Aide-Soignant
 - Diplôme d'état Auxiliaire de Puériculture

Est « apte à effectuer un stage en milieu hospitalier, indemne de toutes maladies contagieuses » et a été vacciné (e) :

- **Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite**

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- **Contre l'hépatite B** après contrôle sérologique systématique

- Immunisé (e) contre l'hépatite B : oui non
- Non répondeur à la vaccination : oui non

- **Par le BCG**

Vaccin intradermique ou Monovax	Date	N° lot
IDR à la tuberculine	Date	Résultat en mm

- **Par le ROR**

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

A, le Cachet et signature du médecin