



**DOSSIER MEDICAL**  
**Instituts de Formations Paramédicales**

Date de creation :  
03/12/2020

Nadia PECQUENARD Responsable de la gestion documentaire IFPM :  
03/12/2020

Date d'application :  
09/12/2020

Indice	Objet –	Rédacteur	Vérificateur	Approbateur
A	Création	<p>C. FOURMENT Directeur des Soins Coordinatrice Générale des Instituts de Formations Paramédicales du CHSF</p> <p>A.DUFOUR Assistante de Direction</p> <p>Alexandra TONY Cadre de Santé Formateur</p> <p>Séloua LAOUARI Gestionnaire des Risques</p> <p>03/12/2020 <b>SIGNE</b></p>	<p>Nadia PECQUENARD Responsable Qualité</p> <p>Séloua LAOUARI Gestionnaire des Risques</p> <p>  DF    <b>SIGNE</b></p>	<p>C. FOURMENT Directeur des Soins Coordinatrice Générale des Instituts de Formations Paramédicales du CHSF</p> <p>09/12/2020 <b>SIGNE</b></p>

**FORMATION**

- AIDE-SOIGNANT**
- AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE**
- INFIRMIER**

**L'ETUDIANT(E) / L'ELEVE**

**NOM de naissance** : .....

**Prénom** : .....



Ces certificats sont à fournir obligatoirement.

Ils valident votre entrée en formation et votre affectation en stage.

## RAPPEL

L'admission définitive est subordonnée :

### ***Pour la formation aide-soignante et auxiliaire de puériculture :***

- 1) A la production, **au plus tard le jour de la rentrée**, d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine ;
- 2) A la production, **au plus tard le jour de la rentrée**, d'un certificat médical attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination prévues le cas échéant par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la troisième partie législative du code de la santé publique.

### ***Pour la formation en soins infirmiers :***

- 1) A la production, **au plus tard le premier jour de la rentrée**, d'un certificat établi par un médecin agréé attestant que l'étudiant 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.

## RAPPEL pour l'élève et ou l'étudiant

+ Etre immunisé(e) contre Diphtérie Tétanos Poliomyélite (DTP)

+ Etre immunisé(e) contre l'Hépatite B

+ Concernant la Tuberculose

*Le décret n° 2019-149 du 27/02/2019 a suspendu l'obligation vaccinale par le BCG pour les étudiants et les professionnels des métiers de santé. Le test tuberculinique de référence reste toutefois maintenu.*

+ Avoir bénéficié d'une IDR à 5UI de tuberculine : Tubertest (datant de moins de trois mois)

+ Concernant les vaccinations recommandées

✓ ROUGEOLE

✓ VARICELLE

✓ HEPATITE A



**CERTIFICAT MÉDICAL ETABLI PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT  
POUR L'ADMISSION EN INSTITUT DE FORMATION PARAMEDICAL**

Je soussigné (e), docteur .....

Atteste que M .....

Né(e) le .....

**Répond aux obligations vaccinales des professionnels de santé**

OUI

NON

**Est apte physiquement et psychologiquement à effectuer les stages en lien avec son projet de formation, quel que soit la structure.**

OUI

NON

Remis en mains propres à l'intéressé(e) pour faire valoir ce que de droit

Fait le :

Signature et cachet du praticien

A :



**CERTIFICAT MÉDICAL ETABLI PAR UN MEDECIN AGREE  
POUR L'ADMISSION EN INSTITUT DE FORMATION PARAMEDICAL**

Le médecin agréé juge de l'opportunité ou avis complémentaires pour déterminer sa décision médicale.

**Je soussigné, docteur** .....

**Médecin agréé par la préfecture du département** .....

**Exerçant à** .....

**Certifie que**

**M.**.....

**Né(e) le** .....

**Demeurant à** .....

.....

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

Aide-Soignant

Infirmier

Auxiliaire de Puériculture

*Fait le* ..... *à* .....

*Signature et Cachet du Médecin*

**Lien pour obtenir la liste des médecins agréés de votre département :**

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Liste-des-medecins-agrees>