

CERTIFICAT MÉDICAL(*)

Je soussigné(e), docteur en médecine, certifie que
(Nom)..... (Prénom).....
inscrit(e) en (année et section).....
est en ordre de vaccination pour les maladies qui sont cochées dans la liste ci-dessous:

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Poliomyélite | <input type="checkbox"/> Tétanos |
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Hépatite A |
| <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Hépatite B |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Méningite C |

J'atteste en outre

- qu'il (elle) jouit d'une bonne santé générale
- qu'il (elle) n'est pas atteint(e) actuellement d'une affection présentant des dangers pour les autres étudiants, pour les patients ou pour lui-même
- qu'il (elle) n'est pas atteint d'une infirmité
 - l'empêchant de suivre la totalité des cours prévus dans sa formation ni
 - faisant obstacle à l'exercice normal de la profession à laquelle il (elle) se destine

Fait à, le

Cachet

Signature

(*) Ce certificat fait partie du dossier de l'étudiant. Il peut être présenté au médecin du travail lors de la visite médicale qui précède les stages.

QUESTIONNAIRE MEDICAL(*)

A l'attention du médecin traitant

Les étudiants inscrits dans une formation paramédicale doivent être capables, à la fois physiquement et psychologiquement, de fréquenter leurs stages de manière fructueuse.

Par ailleurs, nous sommes soucieux de les accompagner au mieux sur les terrains de stage, en tenant compte d'éventuels problèmes médicaux qu'ils présentent.

C'est dans ce but que nous vous demandons de remplir cette attestation en signalant, parmi les troubles suivants, ceux que l'étudiant(e) a présentés ou présente actuellement :

Concerne :

(nom).....(prénom).....
inscrit(e) en (année et section).....

Il (elle) a présenté ou présente la (les) maladie(s) suivante(s) :

- Diabète
- Epilepsie
- Troubles d'ordre psychologique ou psychiatrique
 - Dépression
 - Autres (veuillez préciser) :
- Troubles cardiaques (veuillez préciser) :
- Troubles sensoriels
 - Surdité
 - Troubles visuels importants (veuillez préciser) :
 - Troubles du langage ou de l'apprentissage (veuillez préciser) :
 - Autres :
- Handicap physique (veuillez préciser) :
- Asthme - Allergie(s) (veuillez préciser) :
- traitement immuno-suppresseur
- grossesse en cours :
 - autres :

Je soussigné(e), docteur en médecine, certifie que ces informations sont exactes et complètes.

Fait à le

Cachet

Signature

(*) Ce dossier est confidentiel. Lors de l'inscription, il doit être remis sous enveloppe fermée.

ATTESTATION DE VACCINATION

Je soussigné(e), docteur en médecine, certifie avoir vacciné
(nom)..... (prénom).....
inscrit(e) en (année et section).....

contre l'hépatite A l'hépatite B l'hépatite A et l'hépatite B (*)

aux dates suivantes :

1^{ère} injection :

2^{ème} injection :

3^{ème} injection :

Fait à, le

Cachet

Signature

Ce certificat doit impérativement être présenté au secrétariat de l'école une fois la première injection effectuée : une copie en sera faite. Après la troisième injection, il doit être remis au secrétariat pour être ajouté au dossier médical de l'étudiant.

(*) veuillez cocher la case correspondante