



Certificat médical d'aptitude à la pratique d'un stage en milieu hospitalier

Je soussigné (e) Docteur :

Certifie avoir examiné ce jour : M..... né(e) le.....

J'atteste que :

- 1) Le(la) candidat(e) susnommé(e) ne présente pas de contre-indications médicales à la pratique du stage demandé en milieu hospitalier
- 2) Que le(la) candidat(e) est à jour des vaccinations suivantes :

DTP :

Date du dernier rappel :

BCG :

Date :

TESTS TUBERCULINIQUES :

Préciser obligatoirement :

La date du dernier test :

Le résultat (lu en millimètres) :

HEPATITE B :

Vaccination obligatoire pour les stages en services de soins

1^{ère} injection :

2^{ème} injection :

3^{ème} injection :

Rappels :

Résultat du contrôle du taux des anticorps anti-Hbs (joindre attestation laboratoire obligatoirement

(taux protecteur si > 10UI/L) : date :

Taux :

Vaccins obligatoires pour le pôle mère-enfant (Maternité-Pédiatrie-Crèche-Néonatalogie) en plus de ceux demandés ci-dessus :

COQUELUCHE (1 rappel DTPC de moins de 10 ans) :

Date :

ROR :

Date de la 1^{ère} injection :

Date du rappel :

CERTIFICAT REMIS EN MAINS PROPRES ET DELIVRE POUR VALOIR CE QUE DE DROIT

Fait le

Cachet et signature du Médecin

BAC PRO ASSP - LYCEE JEAN CASSAIGNE

SERVICES	Responsable et n° de poste	BAC ASSP Première		BAC ASSP Terminale		BAC ASSP Terminale	
		13/05/19 au 7/06/19	Réponse	26/11/18 au 22/12/18	Réponse	04/03/19 au 29/03/19	Réponse
POLE Bloc/Anesthésie/ Chirurgie/ Cancérologie							
Mme LAFOND-PUYO Cadre supérieur							
Chirurgie 1 Viscérale- Vasculaire	Mme BENOIT 05 58 05 11 26	1	OUI	1	OUI	1	OUI
Chirurgie 3 Ortho	Mme BENSALEM 05 58 05 11 36	1	OUI	/	/	/	/
Chirurgie 4 Urologie/Gynéco/ORL	Mme MEDINA-PERES 05 58 05 11 92	1	OUI	1	OUI	/	/