

- Nom de l'élève :
.....
- Prénom :
.....

L.P. « Ste-Elisabeth - St-Blaise »
9 rue Lamennais – CS 7001
29177 DOUARNENEZ CEDEX
☎ 02.98.92.01.27
E.mail : secretariat.stblaise@lamennais.fr

CERTIFICAT MEDICAL

Nous attirons votre attention sur le fait que certaines professions nécessitent des bonnes aptitudes physiques – et qu'il serait dommageable pour l'élève d'avoir à le réorienter pour des raisons médicales latentes au moment de l'inscription.

Je, soussigné, Docteur, certifie avoir examiné l'élève dont le nom figure ci-dessus, le

☞ L'Elève présente des signes de maladie contagieuse cliniquement décelable OUI NON

☞ L'Elève peut être admis(e) en collectivités et peut réaliser un stage (en milieu hospitalier, crèche, école maternelle, cuisine, ...) OUI NON

- ☞ L'Elève présente une contre-indication à une formation professionnelle pour :
- le soulèvement de charge OUI NON
 - la manutention de personne dépendante OUI NON
 - la station debout prolongée OUI NON

- ☞ L'Elève présente une allergie :
- aux irritants respiratoires : précisez lesquels
.....
 - aux irritants cutanées : précisez lesquels
.....

☞ Autres contre-indications et observations :
.....
.....
.....

(Dans le cadre d'une contre-indication, des informations plus précises seront placées sous enveloppe cachetée au nom de l'Elève, agrafée au présent certificat).

☞ L'Elève présente à ce jour un ou des signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du sport :
OUI NON

Si OUI, indiquez le sport contre-indiqué :
.....

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS

Je soussigné, Docteur....., certifie que l'élève :

Nom Prénom..... est à jour dans les vaccinations suivantes :

- **Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'Haemophilus Influenzae b**

Vaccination à jour ? OUI NON

| Vaccin | Date de vaccination | Date dernier rappel | Date prochain rappel |
|--------|---------------------|---------------------|----------------------|
| | | | |

- **Vaccination contre l'hépatite B** (obligatoire pour les stages à l'hôpital et dans certaines crèches)

Vaccination à jour ? OUI NON

| Date de vaccination |
|------------------------------|
| 1 ^{ère} injection : |
| 2 ^{ème} injection : |
| 3 ^{ème} injection : |

Selon les conditions définies par l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.311'4 du CSP, il/elle est considéré(e) comme (rayer les mentions inutiles) :

- Immunisé(e) contre l'hépatite B : OUI NON

Statut sérologique, **taux à indiquer obligatoirement** :

- Non répondeur à la vaccination : OUI NON

- **Vaccinations associées contre la rougeole, les oreillons et la rubéole**

Vaccination à jour ? OUI NON

| Date de la dernière vaccination | Prochain rappel |
|---------------------------------|-----------------|
| | |

Date,

Signature et cachet du médecin,