


	<p align="center"><b>IFAS LES CHARMILLES</b>  1 rue Etienne de la Boétie  BP 565  36019 CHÂTEAUROUX Cedex  Tel : 02 54 60 50 50  Mail : <a href="mailto:ifas.charmillles@ac-orleans-tours.fr">ifas.charmillles@ac-orleans-tours.fr</a></p> <p align="center">-----</p> <p align="center"><b>IFAS Sonia DELAUNAY</b>  21 bis rue d'Auvergne  41000 BLOIS  Tél : 02.54.90.48.00 – Fax : 02.54.90.48.01  Mail : <a href="mailto:ifas.lp.delaunay@ac-orleans-tours.fr">ifas.lp.delaunay@ac-orleans-tours.fr</a></p>	      <p><small>La certification qualité a été délivrée au titre des catégories d'actions suivantes:  Actions de formation  Bilan de compétences  Validation des acquis de l'expérience</small></p>
--	---	---

## CERTIFICAT

(à compléter par un médecin agréé de l'administration sur le site de l'ARS)

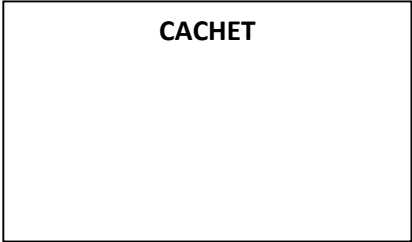
Je soussigné(e),

Docteur.....

Certifie que M.....

Né(e) le.....

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignant.



Fait à ..... Le.....

Signature :

# PASSEPORT VACCINATIONS

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

Certifie que M \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_, a reçu les vaccinations suivantes :  
(noter impérativement la civilité enregistrée sur la pièce d'identité, ex : nom suivi du nom d'usage, prénom)

## VACCINATIONS OBLIGATOIRES

dTP dTPCoq	Date : Date :	
HÉPATITE B	Date 1 <sup>ère</sup> injection : Date 2 <sup>ème</sup> injection : Date 3 <sup>ème</sup> injection :	Dates rappels éventuels :
Titrage anticorps anti HBs	Date :	Résultat :
Recherche anticorps anti HBc <u>si taux d'Anticorps Anti HBs inférieur à 100 mUI/ml.</u>	Date :	Résultat :
Typhoïde (uniquement pour les étudiants techniciens de laboratoire)	Date :	

## VACCINATIONS RECOMMANDÉES

Rougeole-Oreillons-Rubéole	Date 1 <sup>ère</sup> injection : Date 2 <sup>ème</sup> injection :	Date Maladie :
Varicelle	Date : Date sérologie :	Date Maladie :
Méningocoque	Date :	

**Cachet, date et signature du Médecin :**