

CERTIFICAT MÉDICAL

(Ref art.45 arrêté du 21 Avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux)

Étudiants en Masso-Kinésithérapie

2^{ème} année

Année Scolaire 2020-2021

Je soussigné(e), Docteur _____

certifie que les conditions d'immunisation (Cf article L 3111.4 du code de la santé publique titre III) sont remplies pour l'entrée en stage en secteur sanitaire de

Mme / M. _____ né(e) le _____

Soit :	OUI	NON
Vaccination DT polio à jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite B : Sérologie positive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si sérologie négative

- Première dose => Date : / / Nom :

- Deuxième dose => Date : / / Nom :

- Troisième dose => Date : / / Nom :

- Injections supplémentaires * :

=> Date : / / Nom :

=> Date : / / Nom :

=> Date : / / Nom :

* Si au bout de ce schéma l'étudiant a toujours un taux d'anticorps anti Hbs < 10 mUI/ml il est considéré comme non répondeur.

NB : Pour être autorisé à aller en stage l'étudiant doit avoir une sérologie positive ou être considéré comme non répondeur.

Fait àle

Cachet et signature du médecin