

CAP ATMFC



NOM de l'élève :

Prénom de l'élève :

MODALITES VACCINALES OBLIGATOIRES POUR LA SECTION

Le code de la Santé Publique du 23 mai 2007 impose une obligation vaccinale à tous les employés et stagiaires des établissements de soin, de santé ou hébergeant des personnes âgées (article L.3111.4 du code de la santé publique).

- Le DTP (diphtérie, tétanos, polio), dernier rappel effectué à 11-13ans
- Un test tuberculinique comme test de référence
- L'hépatite B à trois doses correctement espacées (0,1,6 mois) ou à deux doses espacées de six mois
- Un contrôle de la vaccination contre l'hépatite B par un dosage du taux d'anticorps anti-HBs qui doit être supérieur à 10UI/ml .
- La vaccination contre la COVID n'est pas obligatoire pour les élèves mais fortement recommandée
-

Pour réaliser ces vaccins, il faut un délai de 6 mois. Il faudra donc prévoir un laps de temps suffisant entre la mise à jour des vaccins et les dates de stage.



Attention : Si elle n'est pas remplie, le stage ne pourra pas être réalisé.

Pour les élèves de ces sections, **la recherche immunitaire et/ou la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire.**

Si votre enfant n'est pas immunisé, ou n'a jamais reçu ce vaccin, la 1^{ère} injection doit être **obligatoirement** effectuée avant le 1^{er} septembre.

(Vous pouvez amener le carnet de santé ou la photocopie des vaccinations le jour de l'inscription, l'infirmière vous renseignera).



Attention : L'absence de ce document entraîne l'annulation de l'inscription.

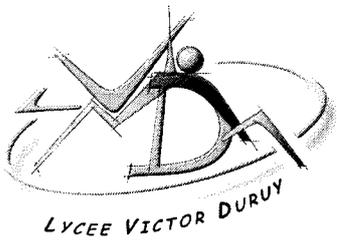
Engagement de la famille :

Date :

Signature :

Nom :

- **Document à remettre au professeur principal le jour de la rentrée.**



CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATION

Je soussigné(e) Docteur

Certifie avoir examiné, ce jour, Nom..... Prénom.....

Date de naissance.....

J'atteste que :

Le (la) candidat(e) a subi les vaccinations suivantes :

➤ **DT Polio (rappel de – de 10 ans) :**

Date du dernier rappel

Contrôle tuberculinique récent

Date : Résultat :mm (diamètre d'induration)

➤ **Hépatite (pas plus de 6 injections) :**

Nom du vaccin :

Date 1^{ère} injection :

Date 2^{ème} injection :

Date du rappel :

Dosage des AC anti HBs :UI/L

Date :.....

DATE :

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN