

**CAP ATMFC (Assistant Technique en Milieu Familial et Collectif)  
Bac Pro ASSP (Accompagnement, services et soins aux personnes)**

NOM de l'élève :

Prénom de l'élève :

**MODALITES VACCINALES OBLIGATOIRES POUR LA MISE EN STAGE DANS UN  
CENTRE HOSPITALIER**

La loi hospitalière de 1991 impose des vaccinations :

- le DTP (diphtérie, tétanos, polio), dernier rappel effectué 11ans-13ans
- Un contrôle tuberculinique récent, servant de référence
- l'hépatite B avec 3 injections contrôlées par un taux d'anti-corps supérieurs à 10-15mUI/ml (pas plus de 6 injections)

Pour réaliser ces vaccins, il faut un délai de 3 mois au minimum (à raison d'une injection anti-hépatique B par mois). Il faudra donc prévoir un laps de temps suffisant entre la mise à jour des vaccins et les dates de stage.

Cette obligation vaccinale s'applique à tous les employés et stagiaires des hôpitaux (article L.3111.4 du code de la santé publique).



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

Ces vaccins peuvent être effectués par le médecin traitant ou au centre de vaccination (DDASS).

Pour les élèves de ces sections, **la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire.**

Le schéma vaccinal est le suivant : 2 injections à 1 mois d'intervalle et 1 rappel 6 mois plus tard (0,1,6). Si votre enfant n'a jamais reçu ce vaccin, ou s'il n'a pas eu une vaccination complète, la 1<sup>ère</sup> injection doit être obligatoirement effectuée avant le 1<sup>er</sup> 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<sup>ère</sup> injection : .....

Date 2<sup>ème</sup> injection : .....

Date du rappel : .....

Dosage des AC anti HBs : .....UI/L Date : .....

**DATE :**

**SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN**