

CERTIFICAT MEDICAL **(MEDECIN AGREE)**

Les élèves en école de soins (infirmier ou aide-soignant) doivent répondre aux obligations vaccinales avant leur admission. Ceci conformément aux obligations vaccinales réglementaires (articles L.3111-4, L.3112-1 et L3112-2 du Code de Santé Publique) réaffirmé dans **l'arrêté du 02 août 2013** concernant toute personne qui, dans un établissement ou un organisme public ou privé de soins ou de prévention, exerce une activité susceptible de présenter un risque d'exposition à des agents biologiques (cf **instruction n°DGS/RI1/RI2/2014/21 du 21 janvier 2014**).

Je soussigné, docteur :

Adresse :

Certifie avoir examiné ce jour Mr/Mme*

Né(e) le :.....

Et atteste qu'il/elle* ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession Aide-Soignante.

Signature, Date, et tampon du praticien

(obligatoires)

*rayer la mention inutile