

DOSSIER MEDICAL

OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES POUR L'ENTREE EN INSTITUT DE FORMATION AUX METIERS DE LA SANTE

Vous souhaitez suivre une formation d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture, d'ambulancier ou d'auxiliaire ambulancier, par conséquent, vous devez présenter **AU PLUS TARD LE JOUR DE VOTRE ENTREE EN FORMATION**:

- ✓ Un certificat médical de vaccination conforme à la réglementation en vigueur à faire remplir par votre médecin traitant.
- ✓ Un certificat médical rédigé par un médecin agréé par l'ARS attestant que le candidat ne présente de contre-indication physique et psychique à l'exercice de la profession.

Ces certificats doivent dater **de moins de 1 an avant la rentrée.**
Seuls seront acceptés les documents ORIGINAUX fournis par l'Institut.

L'admission définitive dans l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé est subordonnée à la production de ces documents.

Si vous n'êtes pas à jour dans vos vaccinations, vous ne pourrez suivre les stages pratiques, ce qui remettra en cause votre formation et ne vous permettra pas d'être diplômé-e.

NB : En cas de contre-indication à l'une des vaccinations obligatoires, votre dossier d'admission sera soumis à l'arbitrage du Médecin Inspecteur Départemental ou Régional de la Santé.

* Le médecin agréé doit figurer sur la liste ARS départementale. S'il ne s'agit pas de l'Yonne, la liste des médecins agréés vous sera fournie par l'Agence Régionale de Santé du département dans lequel vous ferez faire le certificat. Vous devrez joindre à votre dossier la liste donnée par l'ARS de votre département prouvant que le médecin signataire du certificat est bien agréé.

Adresse postale :
Centre Hospitalier - IFMS
3 Quai de l'Hôpital
BP 229
89306 JOIGNY CEDEX



CERTIFICAT MÉDICAL DE VACCINATIONS OBLIGATOIRE
A L'EXERCICE DE LA PROFESSION
A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné ce jour : M , Mme

Nom de naissance (de famille).....(2)

Nom d'usage, si différent.....(2)

Prénoms.....(2) Né(e) le __ / __ / ____

Pour la vaccination contre l'hépatite, se référer aux conditions définies par le Ministère de la Santé - voir les recommandations ARS page suivante

LA. LE CANDIDAT.E	OUI	NON
EST A JOUR de ses vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite		
A REÇU 3 vaccinations contre l'hépatite B		
A PROCÉDÉ au contrôle de sa sérologie Hépatite B		
EST IMMUNISÉ.E contre l'hépatite B selon les recommandations ARS		
EST RÉPONDUSE.EUR à la vaccination contre l'Hépatite B		
EST VACCINÉ.E contre la Covid 19 (joindre le justificatif)		
A ÉTÉ VACCINÉ.E contre la tuberculose		
A PRATIQUÉ un test tuberculinique depuis moins de trois mois		
Date du test tuberculinique (IDR) : __ / __ / ____ Résultat :		

Fait à Le __ / __ / ____

SIGNATURE et CACHET DU MEDECIN OBLIGATOIRES :

LA. LE CANDIDAT.E QUI N'EST PAS A JOUR NE POURRA SUIVRE LA FORMATION.

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.

INSTITUT DE FORMATION AUX METIERS DE LA SANTE

FILIERES AMBULANCIERS – AIDES-SOIGNANTS – AUXILIAIRES DE PUERICULTURE

FORMATIONS CONTINUES – SECRETAIRE ASSISTANTE MEDICO-SOCIALE

ADRESSE POSTALE : 3 QUAI DE L'HOPITAL – BP 229 – 89306 JOIGNY CEDEX

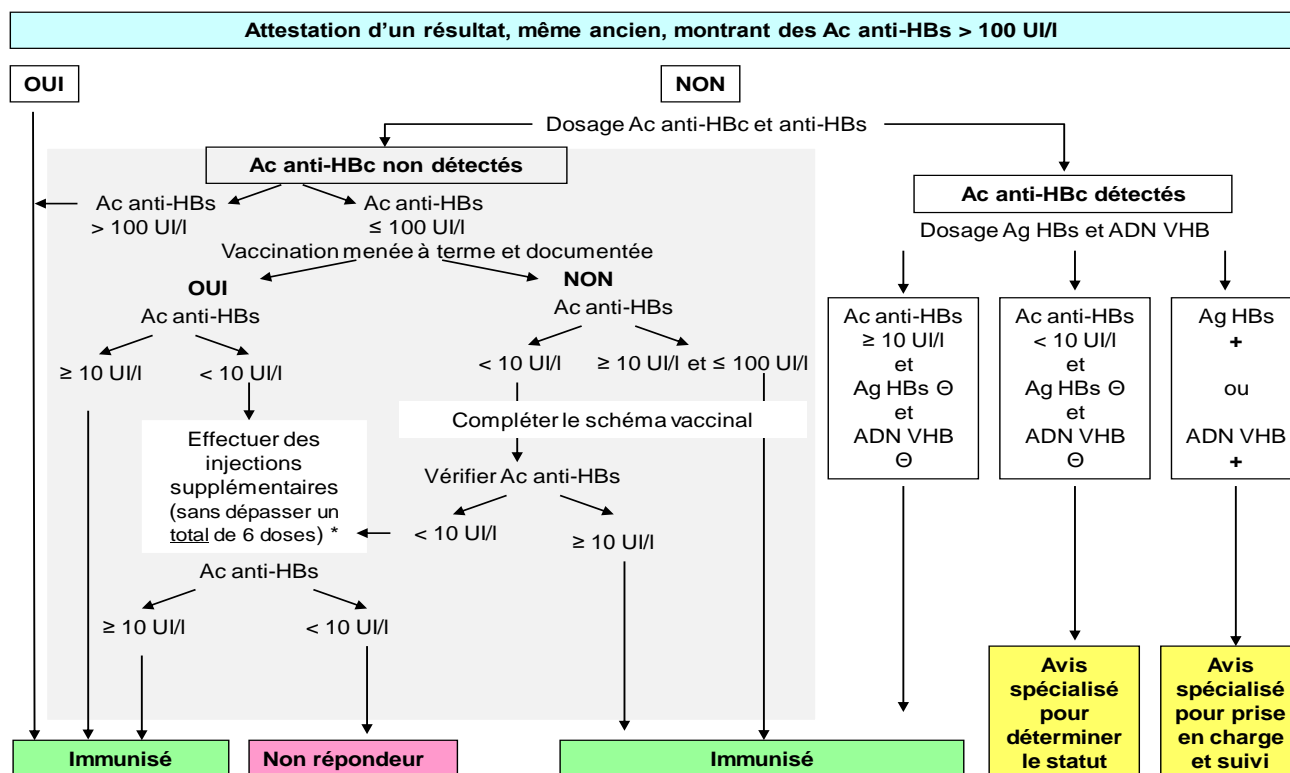
LIEU DE FORMATION : QUARTIER ABESCAT -1 AVENUE D'HANOVER – 89300 JOIGNY

TEL: 03-86-92-33-66 FAX : 03-86-92-32-91

Courriel : ifms@ch-joigny.fr **Site** : ifmsjoigny.com



ALGORITHME POUR LE CONTROLE DE L'IMMUNISATION CONTRE L'HEPATITE B DES PERSONNES MENTIONNEES A L'ARTICLE L.3111-4 ET DONT LES CONDITIONS SONT FIXEES PAR L'ARRETE DU 2 AOÛT 2013



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
 - Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
 - Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques
 - Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
 - Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
 - Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)



CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A L'EXERCICE DE LA PROFESSION

- Aide-Soignant Auxiliaire de Puériculture Ambulancier
 Auxiliaire Ambulancier

A REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE PAR L'ARS

Je soussigné, Docteur....., Médecin agréé ARS, (1)

Certifie avoir examiné ce jour : M , Mme

Nom de naissance (de famille).....(2)

Nom d'usage, si différent.....(2)

Prénoms.....(2) Né(e) le __ / __ / ____

J'ATTESTE QUE LE- LA CANDIDAT-E (2 cases à cocher)

PRESENTE ... ou NE PRESENTE PAS ...
... de contre-indications physique ou psychologique à l'exercice de la profession

QU'IL OU ELLE EST IMMUNISE-E CONTRE L'HEPATITE B, sérologies
contrôlées, résultats selon le schéma joint selon les directives de l'ARS page précédente

Fait à Le __ / __ / ____

SIGNATURE et CACHET DU MEDECIN AGREÉ PAR L'ARS OBLIGATOIRES :

(1) Figurant sur la liste départementale des médecins agréés – à fournir par le candidat hors département 89. **Attention**, comme le stipule d'article 4 du décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique des agents de la fonction publique hospitalière, les médecins agréés appelés à examiner des candidats aux emplois de la fonction publique hospitalière dont ils sont médecins traitants sont tenus de se récuser.

(2) Nom et prénom en caractères d'imprimerie.