

- Nom de l'élève :  
.....  
- Prénom :  
.....

**L.P. « Ste-Elisabeth - St-Blaise »**  
**9 rue Lamennais – CS 7001**  
**29177 DOUARNENEZ CEDEX**  
☎ 02.98.92.01.27  
E.mail : [secretariat.stblaise@lamennais.fr](mailto:secretariat.stblaise@lamennais.fr)

**CERTIFICAT MEDICAL**

**Nous attirons votre attention sur le fait que certaines professions nécessitent des bonnes aptitudes physiques – et qu'il serait dommageable pour l'élève d'avoir à le réorienter pour des raisons médicales latentes au moment de l'inscription.**

Je, soussigné, Docteur ....., certifie avoir examiné l'élève dont le nom figure ci-dessus, le .....

- ☞ L'Elève présente des signes de maladie contagieuse cliniquement décelable      **OUI**     **NON**
- ☞ L'Elève peut être admis(e) en collectivités et peut réaliser un stage (en milieu hospitalier, crèche, école maternelle, cuisine, ... )      **OUI**     **NON**

- ☞ L'Elève présente une contre-indication à une formation professionnelle pour :
  - le soulèvement de charge ..... **OUI**     **NON**
  - la manutention de personne dépendante ..... **OUI**     **NON**
  - la station debout prolongée ..... **OUI**     **NON**

- ☞ L'Elève présente une allergie :
  - aux irritants respiratoires : précisez lesquels  
.....
  - aux irritants cutanées : précisez lesquels  
.....

- ☞ Autres contre-indications et observations :  
.....  
.....  
.....

(Dans le cadre d'une contre-indication, des informations plus précises seront placées sous enveloppe cachetée au nom de l'Elève, agrafée au présent certificat).

- ☞ L'Elève présente à ce jour un ou des signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du sport :  
**OUI**     **NON**

Si **OUI**, indiquez le sport contre-indiqué :  
.....

# ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS

Je soussigné, Docteur....., certifie que l'élève :

Nom ..... Prénom ..... est à jour dans les vaccinations suivantes :

- **Vaccin intradermique ou Monovax : BCG**

Date : .....

N° du lot : .....

IDR de moins de 3 ans, date : .....

Lecture du test :

résultat négatif  (induration < 5 mm)      Résultat positif  (induration de .....mm)

- **Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'Haemophilus Influenzae b**

Vaccination à jour ? OUI  NON

Vaccin	Date de vaccination	Date dernier rappel	Date prochain rappel

- **Vaccination contre l'hépatite B** (obligatoire pour les stages à l'hôpital et dans certaines crèches)

Vaccination à jour ? OUI  NON

Date de vaccination
1 <sup>ère</sup> injection :
2 <sup>ème</sup> injection :
3 <sup>ème</sup> injection :

*Selon les conditions définies par l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.311'4 du CSP, il/elle est considéré(e) comme (rayer les mentions inutiles) :*

- Immunisé(e) contre l'hépatite B : OUI  NON

**Statut sérologique, taux à indiquer obligatoirement :** .....

- Non répondeur à la vaccination : OUI  NON

- **Vaccinations associées contre la rougeole, les oreillons et la rubéole**

Vaccination à jour ? OUI  NON

Date de la dernière vaccination	Prochain rappel

Date,

Signature et cachet du médecin,