

Année 2020-2021

PHOTO
IDENTITE
OBLIGATOIRE

ETUDIANT EN 1° 2° 3° année de formation.

NOM : Prénom :

Adresse :

..... Ville :

Date de Naissance :/...../..... Lieu de Naissance :

Nationalité : N° Sécurité Sociale :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

TUBERTEST :

Hépatite B Date 1^{ère} injection :

Date 2^{ème} injection :

Rappel :

Sérologie Anti-corps Anti-Hbs :

Autres Vaccinations (date des derniers rappels) :

Vaccination Antidiphtérique /Antitétanique / Antipoliomyélitique :

Vaccination Rougeole/Oreillon/Rubéole :

Rappel coqueluche :

EXAMENS MEDICAUX (demandés pour l'entrée en formation)

CLICHE PULMONAIRE (date et résultats) :

HEMOGRAMME :

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur _____ atteste que l'élève _____

- Est apte à suivre cette formation et à participer aux différents stages organisés en milieu hospitalier.
- A une image radiologique pulmonaire normale
- Est à jour de ses vaccinations

Fait à

Le

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN