

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Je soussigné(e) **Docteur**

Adresse et téléphone.....

certifie que **M/Mme**né(e) le/...../.....

candidat(e) à l'inscription à l'entrée en formation **AIDE-SOIGNANT** **a été vacciné(e)** :

• **Contre la COVID 19**

Décret 2026-368 du 13 mai 2023 relatif à la suspension de l'obligation vaccinale contre la COVID 19 des professionnels et étudiants en santé. Cette vaccination reste cependant fortement recommandée notamment lors des stages hospitaliers.

• **Par le BCG**

Le décret n°2019-149 du 27 février 2019 suspendant l'obligation de vaccination contre la tuberculose des professionnels visés aux articles R.3112-1 C et R.3112.2 du code de la santé publique a été publié le 1^{er} mars 2019. Ainsi, la vaccination par le BCG n'est plus exigée depuis le 1^{er} avril 2019. Toutefois, il appartiendra au médecin d'évaluer ce risque et de proposer, le cas échéant, une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG au cas par cas aux professionnels du secteur sanitaire et social non antérieurement vaccinés, ayant un test immunologique de référence négatif et susceptibles d'être très exposés.

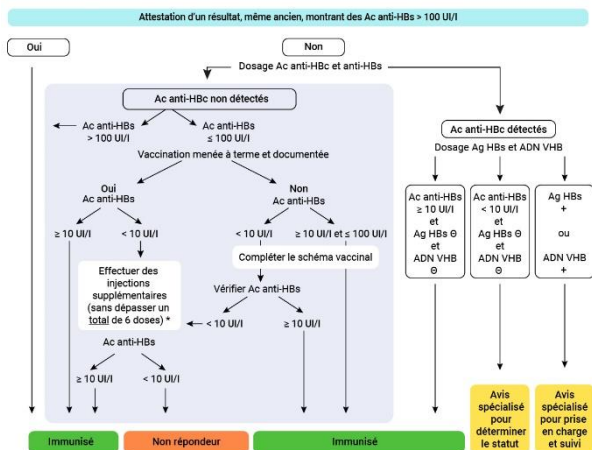
• **Contre la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite** (si un rappel doit être réalisé, le calendrier vaccinal recommande pour tout professionnel de santé d'y ajouter la valence coqueluche)

Primo vaccination				Rappel		
	Nom du vaccin	date	N° lot	Nom du vaccin	date	N° lot
1 ^{ère} injection						
2 ^{ème} injection						
3 ^{ème} injection						
4 ^{ème} injection						

• **Pour l'Hépatite B**, selon les conditions définies par l'arrêté du 27/02/19 fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé ; Article L.3111-4 du code de la santé publique et selon l'algorithmie pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B **il/elle est considérée(e) comme (rayer les mentions inutiles) :**

- **immunisé(e) contre l'hépatite B** : **OUI** **NON**
- **Non répondeur (se) à la vaccination** : **OUI** **NON**

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013.



Ac : anticorps - Ag : antigène - VHB : virus de l'hépatite B
 * Sauf cas particulier voir 4^e de l'annexe 2 de l'arrêté.

Date

Signature et cachet du médecin

INSTITUT DE FORMATION AIDE SOIGNANT

IFAS LA VISTE

Courrier à l'attention du médecin

Madame, Monsieur,

Vous recevez ce jour un(e) de nos candidat(e)s à l'entrée en formation Aide-soignant(e). Pour intégrer un IFAS, le candidat doit être à jour des vaccinations obligatoires selon le calendrier vaccinal en vigueur défini par le code de Santé publique pour les personnels soignants et élèves en Santé.

Vous voudrez bien renseigner le document proposé par l'Agence Régionale de Santé au verso.
Le coût de la consultation reste à la charge du candidat.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement supplémentaire.

Je vous prie de recevoir, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Laurence Moynier

Directrice IFAS Territorial
GRETA-CFA Marseille Méditerranée
04 86 94 88 92 / 06 27 45 58 98
laurence.moynier@ac-aix-marseille.fr