

Conformément à l'article 44 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif aux conditions d'admission dans les Instituts de Formation préparant au Diplôme d'Etat Infirmier, l'admission définitive dans un institut de formation infirmier est subordonnée à la production d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé de France.

*Le support utilisé est laissé au libre-choix du médecin agréé.*

*L'IFSI SAINTE MARIE propose l'utilisation éventuelle du document ci-dessous, conforme à l'instruction n° DFS/RI1/RI2/2014/21 du 21 janvier 2014 relative aux modalités d'application de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L 3111-4 du code de la santé publique mais il est bien évident que le support utilisé est laissé au libre choix du Médecin traitant ou Agréé.*

## TABLEAU DE VACCINATION - INSCRIPTION IFSI

Je soussigné(e) Dr ..... certifie que M/Mme :

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

Candidat(e) à l'inscription à la formation conduisant au Diplôme d'Etat **d'Infirmier**

Est vacciné(e) contre :

### 1- Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP) :

Nom du vaccin	N° du lot	Date du dernier rappel

### 2- Vaccination par le BCG :

Nom du vaccin	N° du lot	Date de la vaccination initiale

**3 -Test tuberculinique ou IDR de moins de 3 mois à la date de la rentrée scolaire (test de référence pour les entrées en formation paramédicale) :**

Test tuberculinique	Date	Résultat

### 4- Vaccination contre l'hépatite B :

Dates des vaccinations et nom du vaccin :

N°1 : .....

N°2 : .....

N°3 : .....

Date du dernier rappel : .....

et atteste que l'intéressé(e) : (cochez)

est immunisé(e) contre l'hépatite B selon la réglementation en vigueur à ce jour (arrêté du 2/08/2013 modifié, fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du Code de la Santé Publique)

n'est pas immunisé(e) contre l'hépatite B (dans ce cas le 1<sup>er</sup> stage ne pourra être effectué)

est non répondeur(se) à la vaccination (après 6 doses de vaccin, le taux d'anticorps anti HBs reste < 10 UI/L)

**Cachet du médecin :**

**Date et signature du médecin :**