



**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA PRATIQUE D'UN
STAGE EN MILIEU HOSPITALIER ET CERTIFICAT DE
VACCINATIONS**

Type de stage (diplôme préparé) :
Je soussigné(e) Docteur :
Certifie avoir examiné ce jour : Mme / M. Né(e) le

J'atteste que :

- 1) **Le (la) candidat(e) susnommé(e) ne présente pas de contre-indications médicales à la pratique du stage demandé au sein du Centre Hospitalier de Dax-Côte d'Argent.**
- 2) **Que le (la) candidat(e) est à jour des vaccinations suivantes :**

- **DTP** : obligatoire pour tout stage.

Date du dernier rappel :

Pour les stages dans les **services de maternité et pédiatrie** :

Date de la dernière injection de **Coqueluche** :

- **HEPATITE B** : **Vaccination obligatoire pour les stages en services de soins** et notamment les stages pratiques (étudiants en médecine, BTS préleveurs sanguins...).

- 1^{ère} injection :
- 2^{ème} injection :
- 3^{ème} injection :
- Rappels :

Résultat du contrôle du **taux des anticorps anti-HBs, joindre l'attestation laboratoire obligatoirement** :

Date :

Taux : (taux protecteur si > 10 UI/L)

Pour les stages d'observation en services de soins, ce vaccin est **fortement recommandé** mais reste non obligatoire (L3111-4 du CSP).

- **LEPTOSPIROSE** : obligatoire pour les stages en **services techniques** (BTS métiers de l'eau, électricien, plombier...)

Dates :

CERTIFICAT REMIS EN MAINS PROPRES ET DELIVRE POUR VALOIR CE QUE DE DROIT.

Fait le

Cachet et signature du Médecin :