

# CERTIFICAT MEDICAL

(A faire établir par un médecin agréé)

Je soussigné(e), Docteur ....., médecin agréé, certifie avoir examiné :  
Mme, Mr .....né(e) le.....

J'atteste

(conformément à la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005-article L3111-4 du code de la santé publique, l'arrêté du 6 mars 2007 et la circulaire n° DGS/SDC/2007/164 du 16 avril 2007, modifié par l'arrêté du 2 août 2013 ;*les professionnels de santé, les élèves et étudiants des professions de santé et en particuliers, en kinésithérapie et en pédicurie-podologie ont une obligation d'être vaccinés contre DTP et BCG et vaccinés et immunisés contre l'hépatite B*)

- Que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession de *Kinésithérapeute\**, de *Podologue-pédicure\** (\*barrer les mentions inutiles)
- Que l'étudiant est vacciné contre la tuberculose par au moins un BCG (monovax ou ID) et a eu un test tuberculinique (Tubertest) de moins de 3 mois par rapport à la date d'entrée à l'école.

Dates de vaccination par BCG : .....(une seule vaccination est obligatoire).

Date du Tubertest : .....Résultat : ..... mm (exprimé obligatoirement en mm : 0 à «X » mm) Attention ne pas revacciner si Tubertest est < à 5mm.

- Que l'étudiant est à jour de ses vaccinations contre la Diphtérie, le Tétanos, la Poliomyélite et l'Hépatite B (3 inj )

Date dernier DTP : .....(=.....ème)

Date dernier DTCP : .....(=.....ème), vaccin Coqueluche recommandé

Vaccins Hépatite B (3 injections obligatoires/6 maxi selon sérologie)  
1).....date=..... 4).....date=.....  
2).....date=..... 5).....date=.....  
3).....date=..... 6).....date=.....

Sérologie AC Anti HBs obligatoire après schéma vaccinal complet, résultat doit être > à 100.

*Si résultat compris entre 10 et 100, Faire recherche AC Anti HBc : si négatif et schéma vaccination complet = considéré immunisé*

*Si AC Anti HBs <10, refaire un rappel et une sérologie 1 à 2 mois après. (cf document /verso)*

- **Vaccins recommandés : Coqueluche, ROR (2 injections pour les étudiants nés après 1980)**

Le certificat est établi à la demande de l'intéressé(e) pour servir et faire valoir ce que de droit.

CACHET DU MEDECIN

A .....le.....



Signature du médecin :