Institut de Formation Aide-soignant
229 bd Paul Lintier CS 60102
53103 MAYENNE Cedex
Tél : 02.43.08.22.26
direction-ifsi-ifas@ch-mayenne.fr

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

A FAIRE COMPLETER PAR UN MEDECIN AGRÉE PAR L'ARS

Vous pouvez consulter la liste des médecins agréés sur le site de l'ARS:
https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/consulter-la-liste-des-medecins-agrees-en-pays-de-la-loire

PRÉPAREZ VOTRE DOSSIER DE VACCINATIONS DÈS MAINTENANT

N'attendez pas l'admission pour prendre contact avec le médecin agréé ET votre médecin traitant car 5 mois peuvent être nécessaires pour effectuer le protocole complet des vaccinations obligatoires pour entrer en formation.

Certificat à remettre au secrétariat au plus tard le jour de la rentrée

Conditions Médicales obligatoires d'admission à l'entrée à l'Institut de Formation Aide-soignant

Rentrée de Janvier 2026

Institut de Formation Aide-soignant
229 bd Paul Lintier CS 60102
53103 MAYENNE Cedex
Tél : 02.43.08.22.26
direction-ifsi-ifas@ch-mayenne.fr

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE A FAIRE COMPLÉTER PAR UN MÉDECIN AGRÉÉ PAR L'ARS

Rentrée Janvier 2026 Formation aide-soignante

Je soussigné(e), Docteur ……, Médecin agréé,

Certifie que M, Mme, Mlle *(rayez les mentions inutiles)* ……..

Né(e) le ……..,

❑ **Remplit les conditions de vaccinations obligatoires conformément à la règlementation pour servir et faire valoir ce que de droit** (joindre les photocopies du carnet de vaccinations) conformément à l'arrêté du 2 mars 2017 suspendant les annexes I et II de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L-3111-4 du Code de la Santé Publique).

DIPHTÉRIE – TÉTANOS – POLIOMYÉLITE +/- COQUELUCHE arrêté du 02/08/2013

	Nom du vaccin	Date d'injection	N° de lot
Dernier rappel DTP			
Dernier rappel DTCP			

Hépatite B (arrêté du 22/02/2018 fixant les conditions d'immunisation)

Dénomination de la spécialité	N° de lot	Doses	Dates d'injections

⌦ Les résultats des sérologies sont couverts par le secret médical, néanmoins nous vous remercions de fournir le justificatif rendant compte que votre sérologie anti hépatite B correspond aux normes préconisées conformément à la législation en vigueur.

Contrôle sérologique en date du : ……..

- Immunisé(e) contre l'hépatite B : ☐ oui ☐ non
- Non répondeur(euse) à la vaccination : ☐ oui ☐ non

AUTORISATION - à remplir OBLIGATOIREMENT

L'élève est à jour de ses vaccinations conformément à la règlementation en vigueur :
☐ oui ☐ non

Au vu des conditions de vaccination, l'élève ne présente pas de contre-indication à ce jour à débuter son parcours de stage :

☐ Présente des contre-indications ☐ Ne présente pas de contre-indications

L'élève ne présente pas de contre-indication physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession aide-soignante :

☐ Présente des contre-indications ☐ Ne présente pas de contre-indications

Fait à ……, le……

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN AGRÉÉ

Calendrier vaccinal complet selon la règlementation en vigueur (cf. site du ministère chargé de la santé) :
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_avr2024.pdf

Schéma de vaccination classique – Hépatite B

3 injections en respectant un intervalle de :

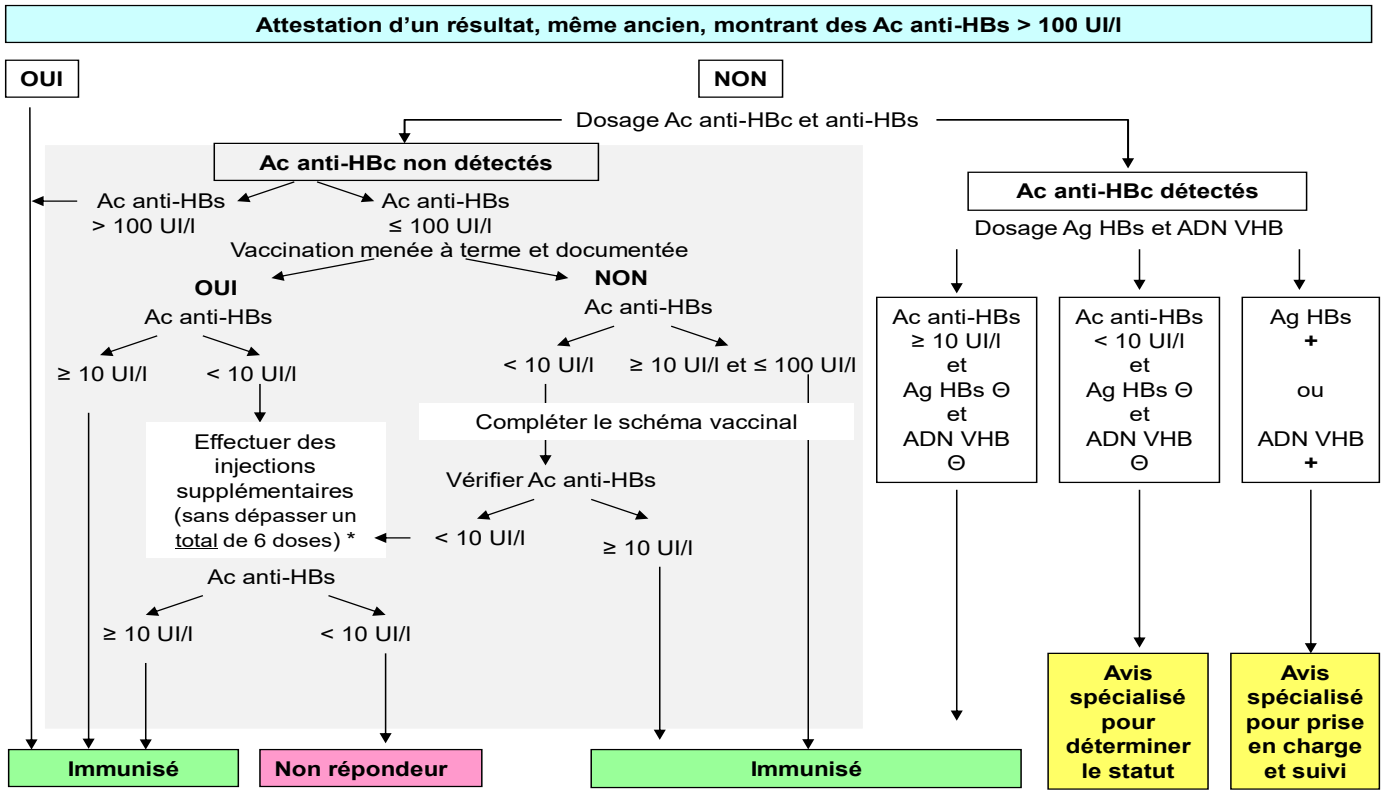
- Au moins 1 mois entre la 1ère et la 2nd injection
- Au moins 6 mois entre la 2nd et la 3ème injection

Schéma de vaccination Hépatite B en accéléré

Dans les situations où une protection vaccinale doit être obtenue rapidement (ici pour l'entrée en formation), il est possible de procéder à une vaccination en 3 injections sur 21 jours, suivies d''un rappel 1 an après.
Impérativement : Réaliser une sérologie (prise de sang) de contrôle de l'immunisation après la 3ème injection (permet de vérifier l'efficacité du vaccin et de **vous autoriser à partir en stage**)

Si le résultat de la prise de sang montre que vous n'êtes pas immunisé, vous devez réaliser une 4ème injection du vaccin, puis contrôler à nouveau par une prise de sang de votre immunisation (maximum 6 injections)

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



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac: anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP).
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incenc de secours).
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculini
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des a professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP.
- Arrêté du 17 avril 2018 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des institu formation paramédicaux (Titre III).
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP.
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf.www.vaccination-info-service.fr)