

Diplôme d'Etat Auxiliaire de Puériculture

CERTIFICAT MEDICAL « Médecin Agréé ARS »

NOM : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

1 - CERTIFICAT DE VACCINATIONS

OBLIGATOIRES et à jour pour toute la durée de la formation

Hépatite B *	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non répondant à la vaccination*
--------------	---

*Sérologie négative après 6 doses

D T Polio *	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
-------------	--

RECOMMANDÉES

Coqueluche **	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---------------	--

R O R **	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
----------	--

Varicelle **	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--------------	--

Hépatite A **	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---------------	--

B C G (à évaluer au cas par cas)	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
----------------------------------	--

* obligatoires : tous les secteurs ** recommandées selon secteur (notamment petite enfance et ETS de santé) Référence : *Avis du Haut Conseil de la Santé Publique. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales en vigueur* (ministère de la santé <http://www.sante.gouv.fr>)

2 - CERTIFICAT MEDICAL

Ne présente aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession

Certifie exact

Oui non

3 - CONDITIONS d'Immunisation et de vaccination

Rempli les obligations d'immunisation et de vaccinations prévues.

Certifie exact

Oui non

LISTE DES MEDECINS agréés par l'ARS

<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/liste-des-medecins-agrees-1>

Fait à :

Le :

Nom du Médecin :

.....

Signature et cachet

Maj 13/11/2025