

**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**

<b>Hépatite B *</b>	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non répondant à la vaccination* <small>*Sérologie négative après 6 doses</small>
<b>D T Polio *</b>	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**RECOMMANDEES**

<b>Coqueluche **</b>	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>R O R **</b>	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Varicelle **</b>	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Hépatite A **</b>	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>B C G (à évaluer au cas par cas)</b>	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**

<b>Ne présente aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession</b>	Certifie exact  Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
---	---

**3 - CONDITIONS d'Immunisation et de vaccination**

<b>Rempli les obligations d'immunisation et de vaccinations prévues.</b>	Certifie exact  Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
--	---

**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**