



**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<sup>ère</sup> injection : .....
- 2<sup>ème</sup> injection : .....
- 3<sup>ème</sup> 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 :