

**Certificat médical pour périodes de formation en filière ASSP \***

Je soussigné Docteur : .....

atteste que l'élève : .....

est apte physiquement et psychologiquement à effectuer des stages

Vaccin	Date de la première injection	Date du dernier rappel
Antidiphtérique		
Antitétanique		
Antipolio		
Anti-Hépatite B		
BCG		
Résultat test tuberculinique		
Résultat sérologie immunité contre hépatite B		

Date : .....

Signature :

Cachet :

\* Accompagnement Services et Soins à la Personne