

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