



Centre hospitalier de Périgueux

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

- VU le Code de la Santé Publique notamment l'article L.3111-4 modifié par Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010, article 6 (V),
- VU l'arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné,
- VU l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du Code de la Santé Publique,

## ATTESTATION MEDICALE

(A faire compléter un mois au maximum avant le début du Stage)

Je soussigné(e), Docteur.....

certifie que M.....né(e) le .....  
(nom – prénom)

\*

- ne présente à ce jour aucune maladie contagieuse,

- est apte à effectuer un stage au sein du Centre Hospitalier de PERIGUEUX

- est à jour de ses vaccinations durant son stage du ..... au ..... :

\*

B C G ou à défaut une I D R (intradermo-réaction) à réaliser par votre médecin traitant ou au CLAT 24 (Centre de Lutte Anti Tuberculeuse)

Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite

Rempli(e) les conditions d'immunisation à l'Hépatite B **(3 injections obligatoires)**

covid 19 une dose de vaccination et un justificatif de résultat négatif d'un examen de dépistage virologique de moins de 72 heures (période du 15/09/2021 au 16/10/2021)

covid 19 schéma vaccinal complet (à compter du 16/10/2021)

Fait à .....,le .....

(Signature et cachet du Médecin)

(\* cocher le ou les cases justifiant de l'état de santé de la personne et de sa vaccination à jour)