



CERTIFICAT MEDICAL ETABLI PAR UN MEDECIN HOSPITALIER

Article R6153-7 Code de la santé publique

CE DOCUMENT EST UN PREALABLE INDISPENSABLE A VOTRE PRISE DE FONCTION

Je soussigné, Docteur

Agissant en qualité de:

Au centre hospitalier

Certifie que : ☐ Mme, ☐ M.

Nom patronymique : Nom d'épouse :

Prénom :

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

VACCINS OBLIGATOIRES :

☐ Remplit les conditions d'aptitude physique et mentale au poste d'interne.

☐ Remplit les conditions d'immunisation contre l'hépatite B (résultats chiffrés titrage anti-corps anti Hbs et antigène HBs), la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite

☐ Remplit les conditions de vaccination par le BCG et de surveillance de la tuberculose

☐ Est immunisé(e) contre la fièvre typhoïde (indication nécessaire pour les internes amenés à manipuler des prélèvements bactériologiques notamment au Laboratoire)

VACCINS RECOMMANDES :

☐ Anti-coqueluche

☐ ROR (Rubéole-Oreillons-Rougeole)

JOINDRE LES PIECES JUSTIFICATIVES – COPIE DU CARNET DE SANTE

Cachet du service :

Fait à

Le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature du médecin :