

ASSISTANT DE REGULATION MEDICALE DOSSIER D'INSCRIPTION 2023



CFARM - CHU ANGERS
4, rue Larrey 49933 Angers cedex 09
Directrice : Madame Fabienne DAVID
Secrétariat : 02.41.35.62.19
Email : cfarm@chu-angers.fr
Site internet : <https://www.chu-angers.fr/>



CFARM - IFPM - CHR ORLEANS
89, rue du faubourg Saint-Jean 45000 ORLEANS
Directrice : Madame Dominique BARTHELEMY
Secrétariat : 02.38.78.00.00
Email : secretariat.cfarm@ifpm45.fr
Site internet : www.ifpm-orleans.fr



CFARM - CHU RENNES
2, rue Henri Le Guilloux 35033 RENNES Cedex 09
Responsable de filière : Géraldine SAMSON
Assistante : Anne POIRIER
Secrétariat : 02.99.28.93.07/Poste 89.307
Email : Site internet : www.chu-rennes.fr



Contenu du dossier :

A conserver (page 2 à 5 et dossier médical)

- Préambule
- Calendrier et épreuves de sélection
- Contenu de la formation
- Pour information : dossier médical

A retourner au CFARM avant le 9 juin 2023 à minuit (cachet de la poste faisant foi)

- Fiche d'inscription
- Documents à fournir
- Fiche financement
- Fiche navette



CENTRES DE FORMATION ASSISTANT DE REGULATION MEDICALE

PREAMBULE

La formation des assistants de régulation médicale s'inscrit dans une dynamique interrégionale, qui permet d'assurer un accès à une formation de qualité pour les candidats issus des régions Bretagne, Pays de Loire, Centre Val de Loire, et au-delà. La collaboration entre les neuf établissements membres permet de proposer un dispositif pédagogique de grande qualité, qui s'appuie sur des compétences et ressources pédagogiques complémentaires (notamment en matière de simulation), et sur le réseau des services Urgences-SMUR de l'interrégion, étroitement associés au projet.

Ce faisant, HUGO propose une structuration à partir d'un centre coordonnateur (CHU d'Angers), socle, auquel seront adossés deux autres sites formateurs (CHU de Rennes et CHR d'Orléans) pour un maillage optimal du territoire.

LES MODALITES DE SELECTION

Calendrier :

Ouverture des inscriptions	Le 03 avril 2023
Clôture des inscriptions	Le 09 juin 2023 à minuit (cachet de la poste faisant foi).
Entretiens de sélection	Du 05 au 23 juin 2023
Résultats	Le 30 juin 2023 à 10H00
Pré-rentrée	Le 25 juillet 2023
Session (rentrée)	Le 04 septembre 2023
Nombre d'élèves par session	20 élèves par centre de formation
Places ouvertes à la sélection pour la rentrée de septembre 2023	Formation : 20 places

Conditions d'inscriptions :

Téléchargement du dossier sur le site internet du CHU d'Angers ainsi que sur celui d'Orléans et de Rennes en fonction du CFARM dans lequel vous souhaitez effectuer votre formation. **Vous ne devez vous inscrire que dans un seul Cfarm. Une fois admis si vous êtes sur liste complémentaire, une place pourra vous être proposée dans un autre CFARM du groupe HUGO.**

Conditions d'accès à la formation :

La formation est ouverte aux candidats âgés de 18 ans au moins au 31 décembre de l'année d'entrée en formation.

Le diplôme d'Assistant de Régulation Médicale est obtenu par les voies suivantes :

- Formation initiale dont la voie d'apprentissage.
- Formation professionnelle continue.
- Validation des acquis de l'expérience (VAE).

Article 4 : « *Peuvent être admis à effectuer la formation conduisant à la délivrance du diplôme d'Assistant de Régulation Médicale les ressortissants des Etats membres de l'Union Européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'espace économique européen, titulaires du baccalauréat ou d'une attestation d'équivalence, ou d'un titre ou diplôme de niveau IV, ou justifiant de trois ans d'expérience professionnelle à temps plein* ».

Les épreuves de sélection comprennent :

- Une étude de dossier par le Cfarm,
- Un entretien individuel permettant d'apprécier la motivation et les aptitudes du candidat.

A l'issue de l'épreuve d'admission, le jury établit la liste de classement. Sont éditées une liste principale et une liste complémentaire permettant de pourvoir l'ensemble des places offertes à Angers, Orléans ou Rennes en cas de désistement d'un candidat admis sur la liste principale.

Les résultats des épreuves de sélection sont affichés dans les Centres de formation d'Angers, d'Orléans ou de Rennes ainsi que sur leur site Internet. Pour la publication sur internet, celle-ci est réalisée dans le respect des conditions en vigueur de communication des données personnelles des candidats (le candidat doit donner son autorisation). Tous les candidats sont personnellement informés par écrit de leurs résultats. Les résultats des épreuves ne sont valables que pour la rentrée au titre de laquelle elles ont été organisées.

CONTENU DE LA FORMATION :

« Décret n° 2019-747 DU 19 JUILLET 2019 relatif au diplôme d'assistant de régulation médicale et à l'agrément des centres de formation d'assistant de régulation médicale ».

« En application des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute autorité de santé, l'Assistant de Régulation Médicale assure la réception des appels reçus par les SAMU - Centre 15, contribue sur décision médicale au traitement optimal des demandes et participe à la gestion des moyens, au suivi des appels et des interventions, au quotidien, en situation dégradées et en situation sanitaire exceptionnelle ».

DUREE ET CARACTERISTIQUES DE LA FORMATION :

La formation au diplôme d'Assistant de Régulation Médicale est définie par l'arrêté du 19 juillet 2019.

L'ensemble de la formation comprend 42 semaines, soit 1470 heures d'enseignement :

- Enseignement en Institut de Formation : 735 heures
- Enseignement en stage : 735 heures

Le diplôme d'Assistant de Régulation Médicale s'obtient par l'acquisition des quatre « blocs de compétences » définis à l'article 2.

Chaque bloc de compétences s'obtient par la validation :

- De la totalité des modules de formation en relation avec ce bloc de compétences.
- De l'ensemble des éléments de compétences évalué lors de la formation pratique.

Durant la formation, les élèves bénéficient de 4 semaines de congés.

La participation à l'ensemble des enseignements est obligatoire.

L'enseignement en Institut de Formation ainsi que les stages sont organisés sur la base de 35 heures par semaine.

DISPENSE (Article 13)

Sous réserve d'être admis à suivre la formation, des dispenses de suivi et de validation de certains enseignements théoriques pourront être accordées aux candidats. **Les textes réglementaires sont actuellement en attente.**

MODULES DE FORMATION :

Le référentiel de formation comprend 4 blocs de compétence :

- **BLOC 1 :** Traitement d'un appel dans le cadre du SAMU C15.
- **BLOC 2 :** Mobilisation et suivi des moyens opérationnels nécessaires au traitement de la demande sur décision médicale.
- **BLOC 3 :** Traitement des informations liées à la régulation, la qualité, la sécurité et à la vie du service.
- **BLOC 4 :** Appui à la gestion des moyens en situations dégradées exceptionnelles, et lors de la mise en œuvre de dispositifs prévisionnels de secours.

STAGES :

La formation pratique d'une durée totale de 21 semaines comprend des stages de découverte et des stages métiers

STAGES DE DECOUVERTE :

D'une durée de 5 semaines, ils sont organisés selon les modalités précisées ci-dessous :

- En centre de réception et de régulation des appels installé dans un service d'aide médicale urgente : 1 semaine.
- En structure mobile d'urgence et de réanimation en lien avec un service d'accueil des urgences : 1 semaine.
- En établissement de santé public ou privé : 1 semaine dont 2 jours en santé mentale.
- En établissement médico-social, public ou privé : 2 à 3 jours.
- En structure agréée publique ou privée, réalisant des transports de malades : 2 à 3 jours.
- En structure institutionnelle recevant des appels d'urgence et en structure privée recevant des appels : 1 semaine.

STAGES METIERS :

Un total de 15 semaines dans un minimum de 2 centres de réception et de régulation des appels installés dans les services d'aide médicale urgente et traitant chacun au moins 40.000 dossiers de régulation, dont au moins 1 stage de 8 semaines dans un service d'aide médicale urgente traitant plus de 80.000 dossiers de régulation médicale par an.
Au cours de ces stages, l'élève doit réaliser au moins une expérience de travail de nuit et de week-end.



Les stages métiers sont obligatoirement réalisés dans 2 SAMU différents (1 seul SAMU par département) ; vous devrez prendre vos dispositions pour les déplacements ou vous loger sur place.

STAGE APPROFONDISSEMENT :

1 Semaine de stage d'approfondissement sera réalisée au cours des trois derniers mois de formation.

Nous attirons votre attention sur la nécessité d'être à jour de vos vaccinations et notamment de l'Hépatite B. Le schéma vaccinal peut-être long (6 mois). Nous vous engageons à débiter rapidement les démarches. Pour information, vous trouverez à la fin de ce dossier les attentes précises pour l'entrée en formation.

<u>FINANCEMENT : (Sous réserve de modifications du ministère) :</u>
--

- Candidat en poursuite de scolarité : **pas de coût de formation.**
- Candidat en reprise d'études non indemnisé et ne bénéficiant d'aucune prise en charge par un organisme public ou privé : **pas de coût de formation.**
- Candidat en reprise d'études, inscrit au titre de la formation professionnelle : 8000 euros.

Pour les Coursus non complets, n'hésitez pas à contacter le Cfarm de votre choix pour le montage de vos dossiers de financement.

FICHE D'INSCRIPTION AU CONCOURS ASSISTANT REGULATION MEDICALE

<p>Nom de naissance : Nom d'usage :</p> <p>Prénom : Date et lieu de naissance :</p> <p>Adresse :</p> <p>CP : Ville : Fixe :</p> <p>Portable : Email :</p>	<p>Coller votre photo d'identité récente</p>
---	---

-Titulaire d'un diplôme :

BAC : Série Date

Attestation équivalence BAC : Titre et date

Autre diplôme niveau IV : Titre et date

Art. 13 - Diplôme du livre III de la 4ème partie du code de santé publique (IDE, AS, ADE, Aux. De Puériculture) : Titre et date

Art. 13 - Diplôme issu du D.451-88 et D.451-92 du code de l'action sociale et des familles (DEAS, DEAVS, DEAMP) : Titre et date

- Autres situations :

Art. 4 - Vous avez une expérience professionnelle de 3 ans à temps plein.

Si oui dans quel établissement et depuis quelle date :

Etes-vous toujours salarié de cet établissement ? : oui non

Autre situation professionnelle actuelle :

Demandeur d'emploi Intérimaire Congé parental Autre :

CADRE RESERVE AU CFARM

Documents manquants/observations :
.....
.....

Je soussignée (e) :
atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur cette fiche d'inscription et la conformité à l'original des documents joints.

Je certifie que je ne me suis pas inscrit (e) auprès d'un autre Cfarm HUGO.

J'autorise la diffusion des résultats des épreuves d'admission sur le site internet du CHU d'Angers, d'Orléans et de Rennes.

Je n'autorise pas la diffusion des résultats des épreuves d'admission sur le site internet du CHU d'Angers, d'Orléans et de Rennes.

Date : Signature :

Financement :

DOCUMENTS A RETOURNER AU CFARM

BAC



- Fiche d'inscription complétée et signée.
- 1 photo d'identité récente à coller sur la fiche d'inscription.
- Fiche navette complétée avec votre adresse.
- La copie du diplôme BAC. Pour les lycéens et les bacheliers de moins de 5 ans, la copie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires et appréciations de stages (première-terminale).
- La copie recto-verso de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité.
- Lettre de motivation.
- Curriculum vitae certifié conforme, signé, daté et ayant moins de 3 mois.
- Extrait du casier judiciaire, bulletin n° 3.
- Frais d'inscription de 100 €. Virement ou chèque établi à l'ordre du Trésorier principal du CHU.

- Diplôme de niveau IV
- Attestation d'équivalence
- Expérience professionnelle de 3 ans à temps plein
- Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale
- Assistant médico administratif



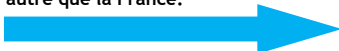
- Fiche d'inscription complétée et signée.
- 1 photo d'identité récente à coller sur la fiche d'inscription.
- Fiche navette complétée avec votre adresse.
- La copie du diplôme.
- La copie du contrat de travail ou d'une attestation de cotisation au régime français au titre d'une activité professionnelle d'une durée de trois ans minimum à temps plein en fonction de votre situation.
- La copie recto-verso de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité.
- Lettre de motivation.
- Annexe financement complétée.
- Curriculum vitae certifié conforme, signé, daté et ayant moins de 3 mois.
- Extrait du casier judiciaire, bulletin n° 3.
- Frais d'inscription de 100 €. Virement ou chèque établi à l'ordre du Trésorier principal du CHU.

- DEAS
- DEAVS
- DEAMP
- Infirmier,
- Auxiliaire médical
- Ambulancier
- Aide-soignant
- Auxiliaire de puériculture



- Fiche d'inscription complétée et signée.
- 1 photo d'identité récente à coller sur la fiche d'inscription.
- Fiche navette complétée avec votre adresse.
- La copie du diplôme.
- La copie recto-verso de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité.
- Lettre de motivation.
- Annexe financement complétée.
- Curriculum vitae certifié conforme, signé, daté et ayant moins de 3 mois.
- Extrait du casier judiciaire, bulletin n° 3.
- Frais d'inscription de 100 €. Virement ou chèque établi à l'ordre du Trésorier principal du CHU.

Vous êtes ressortissantes d'un Etat membre de l'Union Européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, autre que la France.



- Fiche d'inscription complétée et signée.
- 1 photo d'identité récente à coller sur la fiche d'inscription.
- Fiche navette complétée avec votre adresse.
- La copie d'un éventuel diplôme.
- La copie recto-verso de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité.
- Une attestation de niveau de langue française C2.
- Une copie du diplôme ou titre le plus élevé traduit en français par un traducteur agréé auprès des tribunaux français.
- Lettre de motivation.
- Annexe financement complétée.
- Curriculum vitae certifié conforme, signé, daté et ayant moins de 3 mois.
- Extrait du casier judiciaire, bulletin n° 3.
- Frais d'inscription de 100 €. Virement ou chèque établi à l'ordre du Trésorier principal du CHU.



ATTENTION : Aucun remboursement des frais d'inscription ne sera effectué (dossier incomplet par exemple).

FINANCEMENT

(Ce document est facultatif et en aucun cas, les renseignements demandés ne rentrent dans les critères de sélection).

1) Avez-vous fait des démarches concernant une demande de financement de la formation ?

OUI NON

2) Modalités de financement envisagées :

↑

EMPLOYEUR

OPCO :

Si oui lequel :

PERSONNEL

AUTRE



Attention dans le cas d'un financement personnel : un engagement de paiement sera exigé à votre entrée en formation.

3) Situations particulières :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

A retourner avec le dossier :

CFARM du CHR d'Orléans
89, rue du faubourg St Jean
CS 85890
45 058 ORLEANS CEDEX 1

A compléter par vos soins :

Nom/Prénom :

Adresse :

.....

.....

Fiche navette

Votre dossier est complet et enregistré le :

.....

Une convocation pour l'entretien vous parviendra par voie postale ultérieurement.

Nous vous rappelons que les documents demandés correspondent à votre situation (annexe : documents à fournir situation 1, 2, 3 ou 4).

Votre dossier est incomplet pour les raisons suivantes :

- Fiche d'inscription
- Photo d'identité
- Fiche navette
- La copie du diplôme BAC et Pour les lycéens et les bacheliers de moins de 5 ans, la copie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires et appréciations de stages (première-terminale)
- Copie diplôme
- Copie recto-verso de la carte d'identité ou du passeport
- Lettre de motivation
- Curriculum Vitae
- Annexe financement complétée
- Extrait du casier judiciaire ligne 3
- Frais d'inscription 100 € (règlement par virement prioritairement)
- Attestation de cotisation au régime français au titre d'une activité professionnelle d'une durée de trois ans minimum à temps plein (si vous êtes concerné (e))
- Attestation de niveau de langue française C2 (si vous êtes concerné (e))
- Copie du diplôme ou titre le plus élevé en français par un traducteur agréé auprès des tribunaux français (si vous êtes concerné (e))
- Si demande de dispense courrier correspondant

Observations :

.....

.....

.....

Consignes pour effectuer votre règlement des frais d'inscription par virement :

- 1 Il vous faut enregistrer un nouveau bénéficiaire en saisissant **notre** IBAN :

TRESOR PUBLIC				RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE PARTIE RÉSERVÉE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ			
Le relevé ci-contre est destiné à être remis à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers, appelés à faire inscrire des opérations à votre comptes (virements, paiements des quittances, etc...)							
Identifiant national de compte bancaire - RIB							
Code banque	Code guichet	N° compte		Clé			
10071	45000	00002001149		61			
FR76 1007 1450 0000 0020 0114 961				Domiciliation TPORLEANS			
BIC (Bank Identifier Code) TRPUFRP1							
Titulaire du compte : REGIE PRESTATIONS INSTITUT D FORMATION PARAMÉDICALE CHRO 14 AVENUE DE L HOPITAL CS 86709 45067 ORLEANS							

- 2 Faites ensuite un virement d'un montant de 100,00 € en précisant le motif (attention : l'intitulé est différent selon les banques et les sites internet) selon le modèle suivant :

SELECTION ARM 2023 NOM Prénom du candidat

Exemple pour Henri Troyat, candidat à la sélection ARM 2023 : SELECTION ARM 2023 TROYAT Henri

Selon votre établissement bancaire, il peut y avoir un délai entre l'enregistrement d'un nouveau bénéficiaire et la réalisation du virement.

- 3 Imprimer la preuve de virement et la joindre à votre dossier

En cas d'impossibilité d'effectuer un virement, vous pouvez payer par CHEQUE :

- Etablir un chèque de 100,00 € à l'ordre du TRESOR PUBLIC
- Noter au dos du chèque : NOM Prénom du candidat

Dossier médical

Pour l'entrée
en Institut de Formation Paramédicale du
Centre Hospitalier Régional d'Orléans

Vous devez **OBLIGATOIREMENT** réaliser et conserver une photocopie de votre «Dossier médical » afin de produire ce document s'il vous est demandé sur vos lieux de stage.

NOM :	Nom d'usage :
Prénom :	Date de naissance :/...../.....
ADRESSE : N° : Rue :	
.....	
Code Postal :	Ville :
N° Téléphone :	
E-mail :@.....	

FILIERE :

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant | <input type="checkbox"/> Infirmier |
| <input type="checkbox"/> Ambulancier | <input type="checkbox"/> Puériculteur |
| <input type="checkbox"/> Auxiliaire de Puériculture | <input type="checkbox"/> IBODE |
| <input type="checkbox"/> Psychomotricien | <input type="checkbox"/> ARM |

Vous devez fournir pour votre entrée en formation :

1) Une attestation médicale d'immunisation et de vaccinations

à faire remplir par le centre de vaccinations ou par votre médecin traitant.

2) Un Certificat médical d'aptitude à la fonction

à faire remplir par un médecin .

**Pour une admission définitive en formation,
ces deux certificats médicaux devront être fournis.**

Tuberculose en milieu professionnel

Conformément au décret n°2019-149 du 27 février 2019, l'obligation de vaccination contre la tuberculose (BCG) est suspendue.

Un test diagnostique de la tuberculose IDR ou Quantiferon même ancien reste obligatoire pour certaines études et professions. Le résultat de sa mesure doit être noté, il servira de test de référence.

Diphtérie, Tétanos, Polio – Obligatoire en milieu professionnel

Les rappels sont effectués aux mêmes âges fixés (25 ans, 45 ans et en fonction de la poursuite des activités professionnelles, 65 ans), avec un vaccin contenant une dose réduite d'anatoxine diphtérique (dTpolio).

A l'âge de 25 ans, sera associée la valence coqueluche à dose réduite (ca) chez l'adulte n'ayant pas reçu de vaccination contre la coqueluche au cours des cinq dernières années (dTcaPolio).

Hépatite B – Obligatoire en milieu professionnel, sauf pour la formation en psychomotricité

L'article L.3111-4 du Code de la santé publique (CSP) rend obligatoire **l'immunisation contre l'hépatite B** pour les personnes exerçant une activité professionnelle les exposant à des risques de contamination et pour les élèves ou étudiants se préparant à l'exercice de certaines professions de santé. [Cette immunisation vise en premier lieu à protéger ces personnels. Elle permet également de protéger les patients vis-à-vis de la transmission de ce virus par un soignant.](#)

Arrêté du 6 mars 2007 et Arrêté du 2 août 2013 détaillé par [l'annexe I et l'annexe II \(détermine la conduite à tenir face à une personne « non répondeuse »](#) à la vaccination contre l'hépatite B, bien qu'ayant reçu un schéma complet de vaccination).

Covid 19- Obligatoire 3 doses en milieu professionnel

Rougeole, Rubéole et Oreillons – Recommandé en milieu professionnel

Les personnes nées avant 1980, non vaccinées et sans antécédent connu de rougeole ou de rubéole, qui exercent des professions de santé en formation, à l'embauche ou en poste, devraient recevoir une dose de vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole. Les professionnels travaillant au contact des enfants devraient aussi recevoir une dose de vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole.

Pour l'ensemble de ces personnels dont les antécédents de vaccination ou de maladie (rougeole, rubéole) sont incertains, la vaccination peut être pratiquée sans qu'un contrôle sérologique préalable soit systématiquement réalisé.

Schéma vaccinal

Personnes nées depuis 1980 : rattrapage pour obtenir, au total, deux doses de vaccin trivalent ROR, quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.

Varicelle – Recommandé en milieu professionnel

La vaccination contre la varicelle est recommandée pour les personnes sans antécédent de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative, qui exercent en contact avec la petite enfance (crèches et collectivités d'enfants notamment) ; à l'embauche ou à défaut, déjà en poste, en priorité dans les services accueillant des sujets à risque de varicelle grave (immunodéprimés, services de gynéco-obstétrique, néonatalogie, pédiatrie, maladies infectieuses, néphrologie).

Schéma vaccinal

Deux doses espacées de 4 à 8 semaines ou de 6 à 10 semaines selon le vaccin utilisé.

Hépatite A – Recommandé en milieu professionnel pour les personnels exposés professionnellement à un risque de contamination

Grippe Saisonnière – Recommandé en milieu professionnel

Certificat Médical de vaccination

L 3111-4 du Code de la Santé Publique

Je soussigné(e), Docteur

Atteste que l'étudiant(e)

Nom – Prénom :

<u>A été vacciné(e) :</u>	<i>Obligatoire</i>	
Contre la diphtérie, tétanos et poliomyélite		
Protégé ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Si oui, jusqu'au :		
Contre l'hépatite B sauf pour la formation en psychomotricité		
Primo vaccination entière réalisée	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Si non, date de la prochaine injection :		
Preuve d'une immunité (anticorps antiHbs > 10)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Si Ac Hbs < 10 : dosage des anticorps anti Hbc ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Si Ac Hbc positif : dosage des antigènes Hbs ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Contre la COVID-19 (schéma complet 3 doses ou certificat de contre-indication médicale)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

<u>A présenté(e) :</u>		
Une radiographie pulmonaire		
datant de moins d'un an ?.....	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Un test tuberculinique (IDR ou quantiféron)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

Il est fortement conseillé de mettre à jour les vaccinations recommandées

COQUELUCHE	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> rappel vaccinal à 25 et 45 ans
RUBEOLE	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
ROUGEOLE	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> 2 injections
OREILLONS	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
VARICELLE	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

Fait le

Signature et Cachet du médecin

Certificat médical d'aptitude à établir par un médecin pour l'admission en institut de formation paramédicale

Je soussigné(e), docteur.....

Exerçant à

Atteste que l'étudiant(e) :

Nom – Prénom :.....

ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession de (*cocher la filière choisie*)

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant | <input type="checkbox"/> Infirmier |
| <input type="checkbox"/> Ambulancier | <input type="checkbox"/> Puériculteur |
| <input type="checkbox"/> Auxiliaire de Puériculture | <input type="checkbox"/> IBODE |
| <input type="checkbox"/> Psychomotricien | <input type="checkbox"/> ARM |

A la date du

Signature et cachet du médecin

