

CERTIFICAT D'APTITUDE MEDICALE

Etabli conformément à la délibération modifiée n° 47 du 30 décembre 2004, portant disposition générales sur la création d'un établissement public à caractère administratif

Je soussigné(e) docteur, certifie avoir examiné ce jour,

M. / Mlle / Mme

né(e) le/...../....., à

en vue d'une admission en formation à l'Institut de Formation des Professions Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie. Il (elle) ne présente pas de contre-indication **physique et psychologique** à l'exercice de la profession de : **PRELEVEUR**

A joindre au présent document : l'attestation de vaccination dûment remplie

Si le candidat n'est pas à jour dans ses vaccinations contre l'hépatite B, il devra IMPERATIVEMENT fournir, sous pli cacheté, le résultat d'un contrôle sérologique.

ATTENTION

La vaccination contre l'hépatite B est obligatoire pour être accepté dans l'une des formations paramédicales*

Après avoir vérifié que l'intéressé(e) est bien à jour des vaccinations demandées notamment l'hépatite B, je déclare l'intéressé(e)

- Apte**
 Inapte

à intégrer un travail en milieu médical.

Observations éventuelles :

Fait àle.....

Cachet et signature du praticien
(Obligatoire)

* Annexe à la délibération n°64/CP du 19 avril 2017 relative à la politique de vaccination obligatoire applicable en Nouvelle-Calédonie