

ADRESSE GEOGRAPHIQUE : Résidence Le Corbusier 54150 BRIEY

PIECES A FOURNIR POUR LA CONSTITUTION DE VOTRE DOSSIER

DOSSIER ADMINISTRATIF :

**Dossier à envoyer au plus tard dans les 8 jours qui suivent**  
**La validation définitive de votre vœu sur Parcoursup**



**Et IMPERATIVEMENT à l'adresse postale suivante**  
**(En LETTRE SUIVIE fortement conseillé)**

IFSI CH BRIEY  
Institut de Formation en Soins Infirmiers – 31 avenue Albert de Briey CS 70099  
54151 BRIEY CEDEX

	La fiche de situation administrative (ci-jointe) dûment complétée et signée
	1 chèque de 170 €, établi à l'ordre du Centre des Finances Publiques correspondant aux droits annuels d'inscription.
	L'attestation de contribution à la vie étudiante : 92 €
	1 RIB à votre nom, contenant votre adresse postale
	1 copie d'une pièce d'identité en cours de validité (carte d'identité, passeport, carte de séjour)
	1 copie de la carte vitale
	1 attestation Responsabilité Civile et Professionnelle : <b>gratuité possible</b> (dans le cadre de vos études, vous êtes amenés à réaliser des stages dans des établissements de santé publics ou privés ainsi que dans des cabinets libéraux. Les responsabilités auxquelles vous êtes exposés du fait de la réalisation ou de votre participation à des actes lors des stages, sont les mêmes que celles auxquelles sont exposés les professionnels de santé diplômés et en fonction. C'est pourquoi vous devez être couvert par l'assurance Responsabilité Civile Professionnelle)
	<b>Le dossier Apprenant secteur sanitaire de la Région Grand Est.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ne compléter que la partie à renseigner par l'apprenant (partie rose)</li><li>- Dans une enveloppe, joindre le dossier et les pièces justificatives demandées (ex : certificat de scolarité 2020/2021 ou 2019/2020, attestation Pôle Emploi, curriculum vitae, copie du dernier contrat de travail)</li></ul>
	1 adresse mail valide « prénom.nom de naissance@yahoo.com » OBLIGATOIRE  _____ @yahoo.com  Possibilité de rajouter un chiffre après le nom si adresse déjà existante Bien respecter le format demandé
	1 photo d'identité avec Nom de naissance/Prénom au verso
	Le certificat d'aptitude physique et psychologique établi par un médecin agréé ARS Fonction Publique Hospitalière (liste consultable sur le site officiel de l'ARS). A remettre au plus tard le 16 août 2021.
	Le dossier médical dûment complété. A remettre au plus tard le 16 août 2021.



2) **Salarié** :  oui  non

**Si oui :**

Type de contrat : \_\_\_\_\_ Date de fin de contrat : \_\_\_\_\_

temps complet  temps partiel

Si temps partiel, nombre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

Votre employeur prend-il en charge la formation :  oui  non

Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Votre formation sera-t-elle prise en charge par un organisme payeur :  oui  non

Si oui, nom de l'organisme payeur : \_\_\_\_\_

**Si non :**

Si rupture du contrat avant ou à la rentrée précisez :

Nom et adresse du dernier employeur :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Démission, précisez date :

Licenciement, précisez date et fournir lettre de licenciement :

Rupture conventionnelle, précisez date et fournir document :

Autre (précisez) :

Inscription à Pôle Emploi :  oui  non

(Inscription obligatoire pour la rentrée)

Date d'inscription à Pôle Emploi : \_\_\_\_\_

N° Pôle emploi : \_\_\_\_\_

Etes-vous indemnisé par Pôle Emploi :  oui  non

3) **Autre situation (précisez) :**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4) Avez-vous la reconnaissance de travailleur handicapé :  oui  non

Je certifie exact les renseignements notés sur ce document :

Date :

Signature



Pôle Ressources - Support  
Direction des Ecoles



Ecoles et Instituts de Formation en Santé  
du CHR Metz-Thionville et CH Briey

Site de Briey

# DEMARCHE OBLIGATOIRE POUR TOUS LES ETUDIANTS ANNEE SCOLAIRE 2021/2022

## SITE DE METZ

### IFSI Site de Mercy

#### Adresse géographique :

C.H.R. Metz-Thionville  
BAL n°41  
1 Allée du Château-CS 45001  
57085 METZ Cédex 03  
Tél. : 03 87 18 61 55  
sec-ifs-mercy@chr-metz-thionville.fr

### IFAP/IFAS/IFIP/IFSI Site du Saulcy

#### Adresse Postale : C.H.R. Metz-Thionville

BAL n°83  
1 Allée du Château-CS 45001  
57085 METZ Cédex 03  
Adresse géographique :  
Campus Universitaire du Saulcy  
Bâtiment Simone Veil -Metz  
Tél. IFAP/IFAS/IFIP : 03 87 55 38 99  
sec-ifas-mz@chr-metz-thionville.fr  
sec-ecolepuericulture@chr-metz-thionville.fr  
Tél. IFSI : 03 87 55 38 91  
sec-ifs-mz@chr-metz-thionville.fr

### CFPPH

Lycée Robert Schuman  
20 rue Belletanche  
57000 METZ  
Tél. : 03 87 76 40 44  
Fax : 03 87 76 40 45  
sec-cfpph-mz@chr-metz-thionville.fr

## SITE DE THIONVILLE

### IFAS/IFSI C.H.R. Metz-Thionville

1-3 rue du Fritscaty  
BP 60327  
57126 THIONVILLE Cédex  
Tél. IFAS : 03 82 55 85 29  
Tél. IFSI : 03 82 55 85 26  
sec-ifs-ifs-th@chr-metz-thionville.fr

## SITE DE BRIEY

### IFAS/IFSI

#### Adresse Postale C.H. Briey :

31 avenue Albert de Briey  
CS 70099

54151 BRIEY Cedex

#### Adresse géographique :

Résidence « Le Corbusier »  
54150 BRIEY  
Tél. : 03 82 47 16 70  
sec-ifs-ifs@ch-briey.fr

Une contribution unique « vie étudiante » (CVEC) a été mise en place depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2018 pour l'ensemble des étudiants. La CVEC est « destinée à favoriser l'accueil et l'accompagnement social, sanitaire, culturel et sportif des étudiants et à conforter les actions de prévention et d'éducation à la santé réalisées à leur intention » (art. L 841-5 du code de l'éducation).  
La loi prévoit qu'elle est collectée par le CROUS.

L'attestation CVEC est OBLIGATOIRE pour valider votre inscription.

Toutes les personnes en reprise d'études sont exonérées de CVEC (salariés, fonctionnaires, demandeur d'emploi indemnisé ou non)

**Vos démarches obligatoires pour obtenir l'attestation CVEC :**

- Connectez-vous sur :
- <https://www.messervices.etudiant.gouv.fr>
- Créez un compte
- Réglez 92 € en CB en ligne (les étudiants boursiers seront remboursés par le CROUS ultérieurement)
- Téléchargez l'attestation d'acquittement et la remettre **IMPERATIVEMENT** au secrétariat de l'IFSI

Metz, le 27 mai 2021

M.C SCHONS

Directeur des Soins

Coordonnateur Général des Ecoles et Instituts  
du CHR Metz-Thionville et CH de Briey

www.ecolesantemetz.com



## DOSSIER APPRENANT SECTEUR SANITAIRE

Les informations figurant dans le présent dossier sont destinées à la Région Grand Est et sont à renseigner par l'ensemble des apprenants admis en formation à la rentrée 2021/2022.

La Région participe au financement du fonctionnement des instituts de formations sanitaires en fonction des places agréées.

Ne bénéficient de la gratuité de leurs frais de formation que les apprenants qui remplissent les conditions d'éligibilité fixées par la Région.

Ces conditions sont rappelées dans les fiches récapitulatives "Conditions générales de prise en charge des formations sanitaires et sociales" qui sont téléchargeables sur le site institutionnel de la Région Grand Est via le lien suivant :

<http://www.grandest.fr/actions/formations-sanitaires-sociales/>

\*\*\*\*\*

**Le dossier APPRENANT comporte 3 fiches à renseigner selon le code couleur suivant :**

Renseignements à remplir par l'apprenant



Renseignements à remplir par l'institut



Renseignements à remplir par Pôle Emploi



**Fiche 1** Fiche de renseignements - Situation de l'apprenant : à remplir par tout apprenant

**Fiche 2** Attestation sur l'honneur : à remplir par tout apprenant

**Fiche 3** Attestation de Pôle Emploi : à remplir par tout apprenant ayant le profil de demandeur d'emploi

\*\*\*\*\*

**Ces documents sont à remettre à l'institut de formation, dûment complétés et accompagnés de l'ensemble des justificatifs demandés, impérativement avant le démarrage de la formation.**

**Tout dossier mal renseigné ou incomplet sera rejeté par l'Institut ; et de ce fait, les frais de formation resteront à la charge de l'apprenant.**

**Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.**

Les données personnelles recueillies sont exclusivement collectées pour un usage interne à la Région et sont destinées à la vérification du respect des critères d'éligibilité de la prise en charge du coût des formations.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les apprenants disposent d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données les concernant.

Pour l'exercer, ils s'adressent à : REGION GRAND EST - 1 place Adrien Zeller - BP 91006 - 67070 STRASBOURG Cedex -  
Tél : 03 88 15 68 67 - [infolib@grandest.fr](mailto:infolib@grandest.fr)



Maison de la Région - 1 place Adrien Zeller  
BP 91006 - 67070 STRASBOURG Cedex  
Tél : 03 88 15 68 67

Maison de la Région - 5 rue de la Poste  
CS 70144 - 51021 L'ANNOUY (Champagne) Cedex  
Tél : 03 26 70 71 71

Maison de la Région - place Gabriel Pochonnet  
CS 2100 - 51036 MYTTENBERG  
Tél : 03 87 33 64 00

[www.grandest.fr](http://www.grandest.fr)

Retrouvez-nous sur



FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SITUATION DE L'APPRENANT

IDENTITE DE L'APPRENANT

Civilité :

Nom patronymique :

Nom d'usage (marital) :

Prénoms :

Adresse postale :

CP :

Ville :

Etat civil : (cochez la case correspondant à votre situation)

- Célibataire  
 Marié(e)/Pacsé(e)  
 Vie maritale

- Veuf(ve)  
 Divorcé(e)

Date de naissance :

Téléphone :

Personne reconnue travailleur handicapé (O/N) ?

Adresse électronique :

Statut avant l'entrée en formation : (cochez la case correspondant à votre situation)

- Etudiant(e) en poursuite d'études  
 Demandeur d'emploi

- Salarié(e)  
 Autres .....

Frais de formation pris en charge par : (cochez la case correspondant à votre situation)

- Région Grand Est  
 Région Grand Est (dérogatoire)  
 A titre personnel

- OPCO ...  
 Employeur  
 Autres (par exemple CPF) : .....

Coordonnées de l'organisme finançant les frais de formation :  
(sauf si REGION GRAND EST)

Rémunération et autres aides dont je bénéficie ou suis susceptible de bénéficier durant la formation : (cochez la case correspondant à votre situation)

- Bourse de la Région  
 Indemnités de chômage (ARE, ASS, RFF, ASR,...)  
 Minima sociaux et autres allocations (RSA,...)  
 Promotion professionnelle hospitalière  
 Plan de formation de l'employeur  
 Transition Pro (ex CIF)

- Contrat en alternance (apprentissage, contrat professionnalisation)  
 Allocations d'études  
 Autres types d'aides publiques (LADOM...)  
 Aucune aide financière  
 Autre(s) prise(s) en charge

Coordonnées de l'organisme finançant ou sollicité pour  
financer la rémunération et/ou d'autres aides :



## SITUATION DE L'APPRENANT AVANT L'ENTREE EN FORMATION

Pièces à produire à l'institut quel que soit le profil de l'apprenant :

- curriculum vitae actualisé récapitulant les antécédents professionnels depuis la sortie du système scolaire
- copie du dernier diplôme

### PARCOURS SCOLAIRES

Dernier diplôme obtenu (niveau le plus élevé) :

Année d'obtention	Intitulé du diplôme	Spécialité/discipline/série

Dernières études suivies :

Année scolaire	Intitulé de la formation	Etablissement

### ANTECEDENTS PROFESSIONNELS

Dernier emploi exercé avant l'entrée en formation (employeur principal en cas de cumul d'activités) :

Date d'embauche	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

Situation au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence :

- pour AS-AP : 6 mois avant l'entrée en formation de l'année de réussite aux épreuves de sélection et le démarrage effectif de la formation
- pour AMBULANCIER : entre la date de clôture des inscriptions aux concours ou épreuves de sélection et le démarrage de la formation
- pour les niveaux post-bac quelles que soient les modalités de sélection : entre le 8 avril 2021 et le démarrage effectif de la formation

soit :

du : 8 avril 2021

au : 30 août 2021

Date d'embauche	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) :  déclare avoir pris connaissance :

**- du coût de la formation :**

Tarif applicable par année ou par session de formation :

Autres frais à charge de l'apprenant :

**- des conditions de prise en charge fixées par la Région Grand Est (voir fiches synthétiques relatives aux conditions générales et aux conditions spécifiques de prise en charge des formations sanitaires)**

**- et j'atteste :**

remplir les conditions pour bénéficier d'une prise en charge régionale en tant que :

Jeune de -26 ans en poursuite d'études

Demandeur d'emploi non démissionnaire durant la période de référence :

- pour AS-AP : 6 mois avant l'entrée en formation de l'année de réussite aux épreuves de sélection et le démarrage effectif de la formation

- pour AMBULANCIER : entre la date de clôture des inscriptions aux concours ou épreuves de sélection et le démarrage de la formation

- pour les niveaux post-bac quelles que soient les modalités de sélection : entre le 8 avril 2021 et le démarrage effectif de la formation

Salarié(e) bénéficiant d'un financement à titre dérogatoire

Salarié(e) en situation précaire dont le contrat de travail est inférieur à 18 heures par semaine ou 78 heures par mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation

Salarié(e) en tant que Vendeur à Domicile Indépendant (VDI) ou auto-entrepreneur dont le salaire moyen dans les 6 mois avant l'entrée en formation n'excède pas 610 € par mois

financer la formation à titre personnel selon les modalités de règlement définies par l'institut de formation, étant donné que je ne remplis pas les conditions d'éligibilité fixées par la Région

bénéficier d'une prise en charge par le biais d'un dispositif de formation professionnelle continue (Transition Pro, CFP, plan de formation employeur...)

Intégrale

partielle et m'engage à financer le reste à charge à titre personnel

Coordonnées du financeur :



**Je m'engage à :**

- signaler au plus tôt tout changement de situation qui serait susceptible de remettre en cause ou d'impacter le financement de la Région Grand Est ;
- m'acquitter des frais à titre personnel en cas d'omission ou d'erreur dans la présente déclaration, de non production des pièces demandées par l'institut de formation ou par la Région dans un délai de 15 jours ;
- remettre toute pièce demandée par la Région en cas de contrôle ;
- être assidu durant toute la formation et respecter le règlement intérieur de l'institut de formation.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

**Je certifie exact les renseignements fournis.**

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

FORMATIONS SANITAIRES

Document à renseigner uniquement pour les personnes justifiant du statut de demandeur d'emploi et ne justifiant pas d'un certificat de scolarité pour l'année 2020/2021 ou 2019/2020

IDENTITE DE L'APPRENANT

Nom patronymique et/ou nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance :

PROJET DE FORMATION

Etablissement de formation :

TESTON BRIET

Formation suivie :

1ERE ANNEE D'ETUDE INFIRMIERE

Lieu de formation :

BRÉVY

Année scolaire ou universitaire :

2021/2022

Année de réussite aux sélections :

2021

Date de la rentrée :

10/08/2021

Période de référence :

du :

8 avril 2021

au :

30 août 2021

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS

Situation au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence :

- pour AS-AP : 6 mois avant l'entrée en formation de l'année de réussite aux épreuves de sélection et le démarrage effectif de la formation
- pour AMBULANCIER : entre la date de clôture des inscriptions aux concours ou épreuves de sélection et le démarrage de la formation
- pour les niveaux post-bac quelles que soient les modalités de sélection : entre le 8 avril 2021 et le démarrage effectif de la formation

soit :

du : 8 avril 2021

au : 30 août 2021

Date d'embauche	Employeur	Lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

INSCRIPTION A POLE EMPLOI

N° d'identifiant Pôle Emploi :

Agence d'inscription Pôle Emploi référente :

Suivi assuré par une Mission Locale ou un PAIO (O/N) ?

Dans l'affirmative, quelle structure ?

Date de dernière inscription ou réactualisation en tant que demandeur d'emploi :

Si vous percevez une allocation de Pôle Emploi, depuis quand ?

Le changement de situation lié à l'entrée en formation doit être signalé à Pôle Emploi dans le mois qui précède la rentrée.

Je soussigné(e) :

- atteste remplir les critères d'éligibilité fixés par la Région Grand Est - tels que rappelés dans les fiches récapitulatives "Conditions générales et conditions spécifiques de prise en charge des formations sanitaires",
- déclare avoir cessé toute activité professionnelle salariée ou non salariée et ne plus être lié contractuellement à un employeur (sauf en cas d'activité réduite si la quantité de travail n'excède pas 18h/semaine ou 78h/mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation ,
- et ne pas être placé(e) soit en disponibilité de la fonction publique, soit en congé (congé de formation, congé sabbatique, congé parental...)

J'autorise Pôle Emploi à transmettre les informations ci-après à la Région.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

## PARTIE A RENSEIGNER PAR POLE EMPLOI

Attestation à remplir dans le mois précédent l'entrée en formation

Pôle Emploi atteste que :

- l'apprenant est inscrit en tant que demandeur d'emploi :

depuis le :

est inscrit en catégorie :

depuis le :

dernier jour d'actualisation :

justifie d'une activité déclarée à cette date (O/N) :

- l'apprenant justifie du statut suivant, au cours de la période de référence (voir dates précises au verso) :

non démissionnaire

démissionnaire pour motifs légitimes reconnus par la Région Grand Est tels que : rupture d'un contrat aidé, emploi avenir ou service civique... - pour cause de non paiement des salaires - pour suivre le conjoint suite à mutation ou mariage - pour suivre son enfant handicapé admis dans une structure d'accueil - pour cause de violences conjugales - pour cause d'actes délictueux dans le cadre du contrat de travail

autre motif de rupture \*

\*Motif de fin ou de rupture de contrat - choisir parmi les options suivantes : Convention de Reclassement Personnalisé (CRP), démission, démission contrat 18 h/semaine au maximum, licenciement, rupture conventionnelle/amiable, fin de contrat, non renouvellement de CDD

Date de la rupture :

non défini, Pôle Emploi n'étant pas en mesure de vérifier la situation de l'apprenant et d'attester de son statut au regard des critères fixés par la Région Grand Est

- son projet de formation professionnelle a fait l'objet d'une validation auprès d'un conseiller de Pôle Emploi.

L'apprenant justifie-t-il de droits ouverts au titre de l'ARE (O/N) ?

Signature et cachet de Pôle Emploi

Nom du signataire :

Prénom :

Qualité :

Agence :

Lieu :

Date :

**CODES****Type de contrat**

CDI

CDD

Fonctionnaire

Intérim

Contrat en alternance

Contrat Aidé

Service civique ou volontaire

Autre

**Motif de fin ou rupture de contrat**

Convention de Reclassement Personnalisé (CRP)

Démission

Démission contrat 18h/semaine ou 78h/mois au maximum

Démission pour motifs légitimes reconnus par la Région

Licenciement

Rupture conventionnelle/amicable

Fin de contrat



**INSTITUTS DE FORMATION EN SANTE  
C.H.R. METZ-THONVILLE  
C.H. BRIEY**



**CERTIFICAT MEDICAL  
A faire compléter par un MEDECIN AGREE\***

Je soussigné(e),

**Nom Prénom du Praticien :**

**Titre de qualification :**

**Adresse :**

**Téléphone :**

Certifie que

**M..... Né(e) le .....**

**Candidat à l'inscription à la filière infirmière**

**ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession**

Fait à :

Le :

Signature :

Cachet du praticien :

**\* la liste des médecins agréés est consultable sur internet ou peut être demandée à l'Agence Régionale de Santé.**



INSTITUTS DE FORMATION EN SANTE  
C.H.R. METZ-THONVILLE  
C.H. BRIEY



## INFORMATIONS SUIVI MEDICAL

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**A remettre au plus tard le 16 août 2021**

- **L'attestation médicale** de vaccinations obligatoires pour l'entrée en formation en soins infirmiers,
- La **photocopie lisible du carnet de vaccinations, après la mise à jour des vaccinations,**
- Un **dosage** des anticorps anti-Hbs



	<b>ATTESTATION MEDICALE DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ENTREE EN FORMATION DE</b> .....	DRHS/PNM P-002 V7-03/2021
	Département des Ressources Humaines en Santé	

CETTE ATTESTATION EST A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT ET A REMETTRE AU CENTRE DE FORMATION au plus tard le .....

**Compléter impérativement les dates en précisant JJ/MM/AA**

**DIPHTERIE-TETANOS-POLIO-COQUELUCHE**

1ère injection le : .... /.... /.....	1 <sup>er</sup> Rappel : .... /.... /.....	Age:
2ème injection le : .... /.... /.....	2 <sup>ème</sup> Rappel : .... /.... /.....	Age:
3ème injection le : .... /.... /.....	3 <sup>ème</sup> Rappel : .... /.... /.....	Age:
	4 <sup>ème</sup> Rappel : .... /.... /.....	Age:
	5 <sup>ème</sup> Rappel : .... /.... /.....	Age:

**HEPATITE B**

La vérification de l'immunisation et de l'absence d'infection par le VHB est obligatoire pour tous les étudiants et personnels de santé relevant de la vaccination obligatoire contre le VHB.

Taux d'anticorps : .....

<b>Taux d'anticorps anti Hbs</b>	<b>&gt;100 UI/L</b>	<b>immunisé</b>
	<b>10 -100 UI/L</b>	<b>réaliser Ag HBs</b> (si Ag HBs négatif : immunisé)
	<b>&lt;10</b>	<b>non protégé :</b> Reprendre le schéma vaccinal
<b>En cas de doute : <u>CONSULTER LE MEDECIN AGREE REFERENT ARS</u></b>		

Immunisation :  Oui  Non

**FIEVRE TYPHOIDE - A vérifier avant une entrée en stage à risque**

Recommandé : pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination (i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles).

Le décret n° 2020-28 du 14 janvier 2020 suspend l'obligation vaccinale contre la fièvre typhoïde.

## VACCINS RECOMMANDES\*

Vaccins	Oui / Date	Non
ROR		
Rougeole		
Rubéole		
Varicelle		
Coqueluche		
Hépatite A		
Grippe (annuellement)		

\*Cf. recommandations et modalités sur <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>

## BCG - pour information

Le [décret n°2019-149 du 27 février 2019](#) suspend l'obligation de vaccination contre la tuberculose des professionnels visés aux articles [R.3112-1 C](#) et [R.3112.2](#) du code de la santé publique.

Ainsi, la vaccination par le BCG ne sera plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces professionnels dès le 1<sup>er</sup> avril 2019. Toutefois, il appartiendra aux médecins du travail d'évaluer ce risque et de proposer, le cas échéant, une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG au cas par cas aux professionnels du secteur sanitaire et social non antérieurement vaccinés, ayant un test immunologique de référence négatif et susceptibles d'être très exposés

**ATTENTION** : le certificat d'aptitude de l'élève à l'entrée en formation dépend de ces indications.

Je soussigné(e), Docteur .....

Certifie que Mme – Mr .....

a répondu à ses obligations vaccinales selon le texte en vigueur et a reçu les vaccinations obligatoires précédentes.

**SIGNATURE DU MEDECIN** :

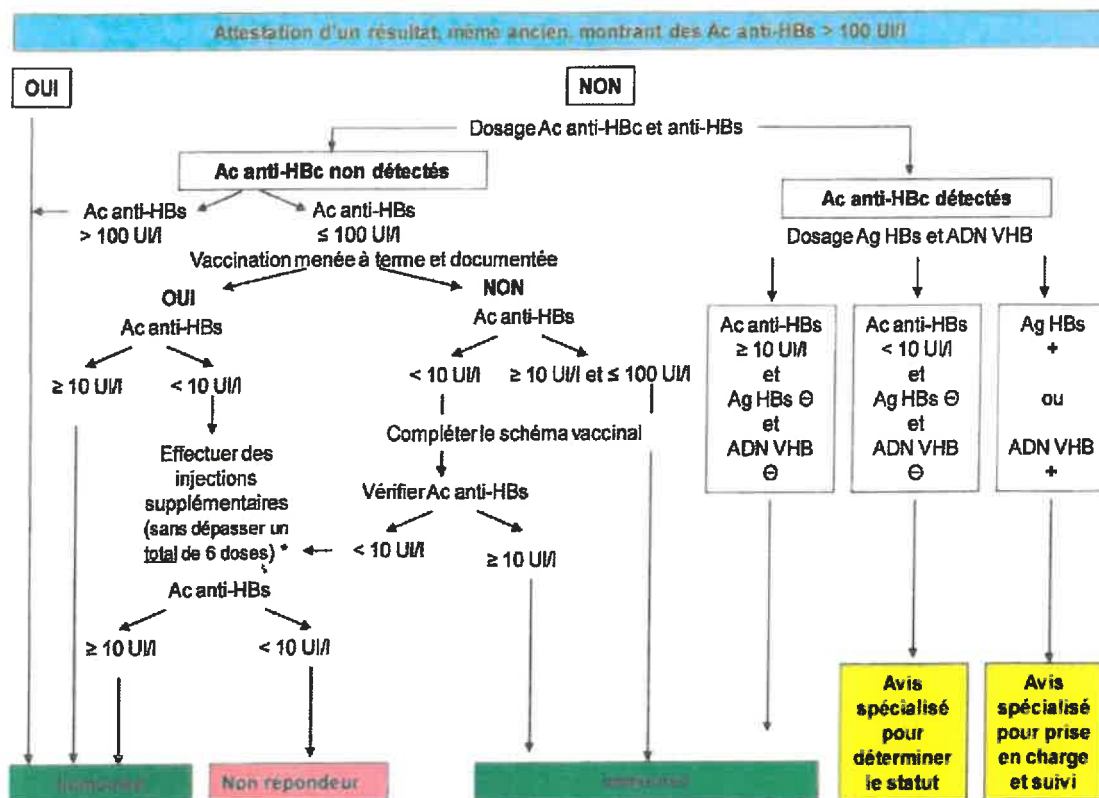
**CACHET** :

Pour toute information, vous pouvez vous rendre sur le site Vaccination InfoService.fr

<https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>



**Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013**



\* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende: Ac: anticorps; Ag: antigène; VHB: virus de l'hépatite B

**Textes de référence**

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- 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, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculitiques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html> )