

Annexe Dossier d'Inscription 2018-2019

Elèves en Section ASSP uniquement

Dans le cadre de la formation ASSP, les élèves sont amenés à effectuer des stages dans des structures sanitaires et sociales.

Par conséquent les élèves sont soumis à l'**obligation** réglementaire de vaccination contre :

- la DTP,
- le BCG,
- l'hépatite B.

En plus de la fiche de santé, vous devez fournir les documents suivants :

- **un certificat médical de vaccination**
- **un tableau des vaccinations. Le jour le rentrée il faut à minima que les deux premières injections pour l'hépatite B soit réalisées**
- **une copie du carnet de vaccination, attention à bien mentionner le nom et prénom de l'élève.**

Un élève ne pourra pas partir en stage si les vaccinations sont incomplètes.

Selon les textes en vigueur, la continuité de la formation sera alors remise en cause.

Pour tout renseignement, merci de contacter le secrétariat du lycée au 05 65 77 14 80.

Documents et éléments que vous devez fournir au moment de l'entretien :

- Certificat Médical de Vaccination : *uniquement pour une demande d'inscription en filière ASSP*
- Tableau des vaccinations : *uniquement pour une demande d'inscription en filière ASSP*

La Direction

Certificat Médical de Vaccination

Uniquement pour la filière ASSP

Conforme à la réglementation fixant les conditions d'immunisation des professionnelles de santé

A faire remplir à la médecine préventive du CH Rodez ou auprès du médecin de votre choix.

Je soussigné, Docteur certifie que :

NOM :

Prénom :

Né(e) le

Inscrit(e) en formation :

Baccalauréat Professionnel Accompagnement, Soins et Services à la Personne

A un calendrier vaccinal compatible à la mise en Stage.

Références :

Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.311-4 du code de la santé publique.

BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2014/02 du 15 mars 2014

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_2015.pdf

Fait à le

Signature et cachet obligatoires

Tableau des vaccinations

Uniquement pour la filière ASSP

Je soussigné Docteur certifie que :

NOM :

Prénom :

Né(e) le

A bénéficié des vaccinations conformes à la réglementation en vigueur pour les professionnels de santé.

VACCINS OBLIGATOIRES :

Type de vaccins	Nom du vaccin	Date de l'injection
DTP		
BCG		
HEPATITE B		1 ^{ère} injection (To) :
		2 ^{ème} injection (To + 1 mois) :
		3 ^{ème} injection (To + 6 mois) :

RESULTATS :

	Date	Résultats
<ul style="list-style-type: none"> • Anticorps anti Hbs • Anticorps anti Hbc si taux inf à 100 UI/L 		UI/L : UI/L :

Fait à le

Signature et cachet obligatoires