



## INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DU CENTRE HOSPITALIER DE DUNKERQUE

Vous avez été sélectionné(e) sur PARCOURSUP  
Vous avez confirmé votre inscription  
à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de DUNKERQUE,

La réunion de pré-rentrée se déroulera le **VENDREDI 30 AOÛT 2019 à 9H00**  
La rentrée scolaire est le **LUNDI 2 SEPTEMBRE 2019 à 14H00**

Nous vous rappelons que votre admission ne sera définitive que si vous avez fourni les pièces nécessaires à l'IFSI de DUNKERQUE, en particulier :

### SUR LE PLAN ADMINISTRATIF

- votre titre de bachelier(e) ou titre équivalent (photocopie) s'il ne figure pas au dossier d'inscription aux épreuves de sélection ou un justificatif de votre situation si vous êtes dispensé(e) du titre
- deux photocopies de votre carte d'identité (recto verso sur une seule feuille 21 x 29,7 et sur la même face)
- une attestation de Responsabilité Civile pour l'année scolaire où le nom de l'Etudiant doit figurer
- 2 photos d'identité de **bonne qualité**, indiquez vos Nom et Prénom derrière chaque photo, découpez les avant de déposer votre dossier à l'IFSI (photocopie et petit format ne seront pas acceptés)
- votre fiche de renseignements administratifs dûment remplie (recto et verso).
- 1 photocopie de l'attestation d'assurance maladie de l'Etudiant (et non pas de la carte vitale)

### Cotisation Vie Etudiante et Campus (CVEC)

Elle concerne l'ensemble des étudiants entrant à l'IFSI en septembre 2019 sauf les étudiants en promotion professionnelle et ceux bénéficiant d'un OPCO.

Vous devez vous inscrire sur le site du CROUS dès le 2 mai 2019 : [cvec.etudiant.gouv.fr](http://cvec.etudiant.gouv.fr)

Une attestation comportant votre numéro d'affiliation vous sera transmise dès l'inscription effectuée.

Le montant de la cotisation est de **91 € pour l'année scolaire 2019/2020.**

Les renseignements vous seront donnés sur le site du CROUS.

### Bourse d'études de la Région Hauts de France :

Pour effectuer votre demande de bourse, vous devrez disposer d'une adresse e-mail et accéder au site : [aidesindividuelles.hautsdefrance.fr](http://aidesindividuelles.hautsdefrance.fr) : ouverture du site en juillet.

La demande devra être complétée par l'envoi des pièces justificatives qui vous seront demandées.

Pour les étudiants ayant fait une demande de bourse, une copie de leur avis DEFINITIF de l'accord de bourse doit être fournie impérativement.

## Indemnisation et frais de déplacement pour les stages

### Fournir impérativement :

- 1 Relevé d'identité bancaire personnel (*les noms de l'étudiant et de la banque doivent y figurer*).
- 1 Photocopie du permis de conduire de l'étudiant et de la carte grise du véhicule que vous utiliserez pour vos déplacements en stage  
*Si vous ne disposez pas de véhicule ou du permis pour le moment, vous pourrez communiquer ce document plus tard.*

Pendant votre scolarité, vous aurez de nombreux stages à effectuer dans et hors agglomération dunkerquoise. Les horaires sont matinaux et tardifs le soir, c'est pourquoi nous vous conseillons d'envisager un moyen de locomotion.

**Attention : Les étudiants pris en charge financièrement par un employeur, CIF ou OPCA ne pourront pas bénéficier des indemnités et du remboursement des frais de stage.**

### Repas :

Vous pouvez bénéficier du tarif des restaurants universitaires pour les repas du midi et du soir au restaurant universitaire, 10, Place des Nations à DUNKERQUE. C'est également au restaurant universitaire que vous pourrez vous procurer une carte CROUS monétique sur présentation de votre carte d'étudiant.

Dès le jour de la rentrée, vous pourrez prendre le repas au self du Centre Hospitalier de DUNKERQUE au tarif du Personnel Hospitalier (une carte magnétique sera établie sur votre demande, vous devez fournir une photo et alimenter votre compte à l'aide d'un chèque d'un montant minimum de 15 € à l'ordre du TRESOR PUBLIC).

### La carte d'étudiant :

Elle vous sera remise à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers après la rentrée sous réserve d'avoir déposé les photos et le dossier administratif complet. Elle sera nécessaire pour le centre de ressources et vous permettra également d'obtenir des réductions (cinéma, librairies, autres ...).

### Photocopie :

Un photocopieur est à la disposition des étudiants au centre de ressources. Il fonctionne avec carte rechargeable. L'achat de cartes et la recharge s'effectue par carte bancaire, le distributeur se trouvant à côté du photocopieur (les tarifs sont de 5, 10 et 20 €)

### Votre tenue de travail :

Elle est destinée à aller en stage et se compose de 5 tuniques, 5 pantalons et 1 blouse. C'est au cours de la livraison des tenues (début octobre), que vous remettrez un chèque d'un montant de **101 € (tarif 2018)** établi à l'ordre du fournisseur. L'essayage des tenues aura été fait durant la réunion de pré-rentrée.

### Matériel éducatif Quizz Box :

A votre entrée à l'Institut, la « Quizz Box », matériel éducatif, vous sera remise. Un chèque de caution d'un montant de 35,00 € établi à l'ordre de « la régie frais de scolarité IFSI » vous sera demandé. Ce chèque sera encaissé et la caution vous sera remboursée à la fin de votre formation infirmière avec la restitution de la quizz box.

Attention : lors de la demande de remboursement (en fin de 3<sup>ème</sup> année), il vous sera demandé le RIB correspondant au compte de la personne ayant effectué le chèque de caution.

## SUR LE PLAN MÉDICAL

- un certificat médical d'un médecin agréé (liste jointe Arrondissement de DUNKERQUE) attestant que « vous n'êtes pas atteint(e) d'affection d'ordre physique ou psychopathologique incompatible avec l'exercice de la profession d'infirmier(e) » (cf. document joint à compléter)
- un certificat précisant le calendrier de vaccinations qui sera rempli par le médecin traitant (document joint) : antidiptérique, antitétanique, antipoliomyélitique et contre l'hépatite B.  
Vous pouvez demander ce 2<sup>ème</sup> certificat à votre médecin traitant ou à un médecin agréé, n'oubliez pas de lui présenter votre carnet de vaccinations : **attention, vos vaccinations doivent être à jour sinon vous ne pourrez effectuer vos stages.**

Si vous devez mettre à jour vos vaccinations, vous pouvez le faire au :

- Service de Prévention Santé, 4 Rue Monseigneur Marquis - DUNKERQUE, sur rendez-vous (Tél. : 03.59.73.44.70)
- Pour les tests tuberculiques, prendre rendez-vous aux heures d'ouverture :  
8 H 30 / 12 H 30 et 13 H 30 / 17 H 30.

Demandez également à votre médecin de prescrire une Numération Formule (NF) et le dosage Hépatite B : les résultats fournis par le Laboratoire sont à joindre obligatoirement au dossier médical.

**ATTENTION** : VOTRE MEDECIN TRAITANT, MEME S'IL FIGURE SUR LA LISTE DES MEDECINS AGREES, NE PEUT REMPLIR LE CERTIFICAT MEDICAL D'ADMISSION A LA FORMATION : LES DEUX MEDECINS DOIVENT ETRE DIFFERENTS

Le personnel de l'Institut reste à votre disposition pour tout renseignement utile.

Les horaires d'ouverture du secrétariat sont :

- 8 H 15 - 9 H 45 H et 13 H 30 - 16 H du Lundi au Vendredi en JUILLET et AOUT 2019
- 8 H - 9 H 30 et 13 H 30 - 16 H du Lundi au Vendredi à partir du 27 AOUT 2019.

Toutes les formalités administratives et médicales à effectuer sont indiquées dès à présent afin que vous puissiez vous en acquitter au plus vite.

LA DIRECTRICE ET TOUTE L'EQUIPE DE L'INSTITUT  
ATTENDENT LE PLAISIR DE VOUS ACCUEILLIR

**RECAPITULATIF DES PIÈCES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A VOTRE DOSSIER**  
**(Tout dossier incomplet sera refusé)**

**SUR LE PLAN ADMINISTRATIF :**

- Fiche administrative complétée recto et verso
- 2 photos d'identité, *dont une est à coller sur la fiche d'inscription « DOSSIER ADMINISTRATIF »* (**découpées individuellement avant le dépôt du dossier à l'IFSI avec nom et prénom au dos de chaque photo**)
- 2 photocopies recto et verso de votre carte d'identité en cours de validité (mettre le recto verso sur une seule face, format 21 x 29,7)
- 2 R.I.B (au nom de l'étudiant avec la domiciliation de la banque)
- Photocopie du Baccalauréat (uniquement pour les diplômés de l'année du concours, à *fournir dès que possible*)
- Une attestation de Responsabilité Civile où le nom de l'étudiant doit figurer.
- Pour les demandeurs d'emploi, une photocopie de la notification d'inscription Pôle Emploi avec le n° d'identifiant : **Une réunion est prévue le vendredi 30 août 2019 dans la matinée (10h00) au cours de la réunion de pré-rentrée ; votre présence est obligatoire.**
- 1 attestation portant le numéro de CVEC obtenu après inscription et versement du montant de la cotisation de 91€ sur le site du CROUS
- 1 photocopie de l'Attestation de l'Assurance Maladie de l'Etudiant (et non de la Carte Vitale)
- l'avis définitif de prise en charge pour la bourse régionale dès réception de celui-ci.

**DOSSIER MEDICAL :**

- Certificat médical complété par le Médecin agréé
- Fiche de vaccination datée, signée et tamponnée par le médecin traitant
- Numération Formule Sanguine récente + Dosage anticorps Hépatite B

**DOSSIER FINANCIER :**

Concerne les étudiants pris en charge financièrement (CIF, promotion professionnelle, demandeur d'emploi ...)

- ▶ Photocopie de la carte Pôle Emploi pour les demandeurs d'emploi  
Justificatifs de refus de financement par un CIF,OPCA
- ▶ Justificatifs de prise en charge financière (CIF et promotion professionnelle)

**POUR LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DEPLACEMENT EN STAGE :**

- 1 Photocopie du permis de conduire et de la carte grise du véhicule utilisé au cours de ces déplacements en stage (mettre le nom de l'étudiant (+de jeune fille) au crayon de bois sur les photocopies, si la carte grise n'est pas à son nom)

Si vous êtes mineur, et donc non titulaire du permis de conduire, vous devrez fournir une copie du permis de conduire du parent accompagnateur.

**DOSSIER ADMINISTRATIF**



Date d'entrée en formation à l'I.F.S.I. : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**IDENTITE** : (strictement identique à la carte d'identité\*)

- \*NOM de famille (de jeune fille) : \_\_\_\_\_ \*NOM d'usage (d'épouse) : \_\_\_\_\_
- \*Prénom : \_\_\_\_\_ \*Autre(s) Prénom(s) : \_\_\_\_\_
- \*Date de naissance : \_\_\_\_\_ \*Ville de naissance : \_\_\_\_\_
- Département de naissance : \_\_\_\_\_ et Pays de naissance : \_\_\_\_\_
- \*Sexe : \_\_\_\_\_ \*Nationalité : \_\_\_\_\_
- Situation de famille (célibataire, marié(e), P.A.C.S., union libre, divorcée(e), etc...) : \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

- NOM et Prénom du **conjoint** ou du **concubin** : \_\_\_\_\_
- Profession : \_\_\_\_\_  en Activité  Chômage  Retraité  Autres
- Employeur : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_
- Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (poste : \_\_\_\_\_)

- Nombre d'enfant à charge : \_\_\_\_\_ Age(s) des enfants : \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Adresse de l'étudiant pendant les études :**

- N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- N° appartement \_\_\_\_\_ Rés. ou Bât. : \_\_\_\_\_
- Code postal : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Adresse mail (spécifique à l'IFSI - cf. document joint) : \_\_\_\_\_

N° identifiant Pôle Emploi (si concerné) : \_\_\_\_\_

N° sécurité sociale personnel de l'étudiant : \_\_\_\_\_

N° INE ou BEA (obligatoire) - il figure sur le relevé de notes du BAC : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX** : (à renseigner dans tous les cas)

- Adresse des **parents** : (à remplir seulement si l'élève est à la charge des parents et si il a une adresse distincte) (au besoin distinguer l'adresse des père et mère)

- N°: \_\_\_\_\_
- Rue : \_\_\_\_\_
- VILLE : \_\_\_\_\_
- Code postal : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_
- Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- NOM et Prénom du **PERE** : \_\_\_\_\_
- Profession : \_\_\_\_\_  en Activité  Chômage  Retraité  Autres
- Employeur : \_\_\_\_\_
- Adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_
- Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- NOM de famille (de jeune fille) et Prénom de la **MERE** : \_\_\_\_\_
- Profession : \_\_\_\_\_  en Activité  Chômage  Retraité  Autres
- Employeur : \_\_\_\_\_
- Adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_
- Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Nombre de frère(s) : \_\_\_\_\_ Nombre de soeur(s) : \_\_\_\_\_ Votre rang dans la fratrie : \_\_\_\_\_

## ETUDES

- Primaires : - Années : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
- Etablissement : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_
- Secondaires :  
\* Collège : - Années : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
- Etablissement : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
- Niveau atteint : \_\_\_\_\_ Diplôme obtenu : \_\_\_\_\_
- \* Lycée : - Années : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
- Etablissement : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
- Niveau atteint : \_\_\_\_\_ Diplôme obtenu : \_\_\_\_\_
- Préparation : - Année : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_  
- Etablissement/Organisme : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_
- Supérieures : - Années : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
- Etablissement : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
- Nature de la formation suivie : \_\_\_\_\_  
- Niveau atteint : \_\_\_\_\_ Diplôme obtenu : \_\_\_\_\_
- Professionnelles : - Années : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
- Etablissement : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
- Niveau atteint : \_\_\_\_\_ Diplôme obtenu : \_\_\_\_\_

## ACTIVITE PROFESSIONNELLE

- Poste occupé : \_\_\_\_\_  
- Date : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_  
- Etablissement : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
• (au besoin énumérer) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ADMISSION A L'INSTITUT

- TITRE D'INSCRIPTION : PARCOURSUP :**  **OU** **EPREUVES DE SELECTION :**
- Série BAC : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_ Académie de : \_\_\_\_\_ I.F.S.I. de passage : \_\_\_\_\_  
Mention BAC : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_
- Série D.A.E.U. : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_ - Epreuve écrite : \_\_\_\_\_ / 20
- Autre équivalent : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_ - Entretien : \_\_\_\_\_ / 20
- Examen de Présélection : Année : \_\_\_\_\_ ARS de : \_\_\_\_\_ **Total** : \_\_\_\_\_ / 40
- Rang de classement : \_\_\_\_\_
- DEAS/DEAP, 3 ans d'expérience :  Note de l'épreuve d'admission : \_\_\_\_\_
- Infirmier étranger :
- Formation professionnelle, 3 ans d'expérience :

## DIVERS

- Attestation de Formation aux Premiers secours : OUI  NON  si oui année : \_\_\_\_\_  
ou Prévention et Secours Civiques de niveau 1 : OUI  NON  si oui année : \_\_\_\_\_  
(fournir la photocopie de l'AFPS ou PSC-1)
- Permis de conduire : OUI  NON
- Moyen de transport personnel : OUI  NON  si oui lequel : \_\_\_\_\_
- Véhicule pour les déplacements en stage : (impératif de joindre la carte grise)  
NOM et PRENOM du propriétaire du véhicule : \_\_\_\_\_  
Marque : \_\_\_\_\_ et modèle : \_\_\_\_\_  
Puissance fiscale : \_\_\_\_\_ Immatriculation : \_\_\_\_\_



## **CREATION D'UNE ADRESSE MAIL SPECIFIQUE POUR LES 3 ANNEES DE FORMATION A L'IFSI**

Maintenant à l'IFSI les étudiants utilisent E-PortFolio (Portfolio version informatique).

Pour cela, nous vous demandons de nous transmettre une adresse mail officielle que vous utiliserez jusqu'à l'obtention de votre grade licence.

Voici le format de l'adresse mail : p.nom-ifsdk@ (1<sup>ère</sup> lettre prénom.nom-ifsdk@.....)

Vous avez le choix de l'hébergeur (gmail, orange, sfr, ...)

Exemples :

1. Claire Dupont : [c.dupont-ifsdk@orange.fr](mailto:c.dupont-ifsdk@orange.fr)
2. Marie-Dominique Dumortier : [md.dumortier-ifsdk@free.fr](mailto:md.dumortier-ifsdk@free.fr)

Vous devez la transmettre à [ifsdk@ch-dunkerque.fr](mailto:ifsdk@ch-dunkerque.fr) dès que vous l'aurez créée.

IFSI/IFAS  
A.D/I.D

Dunkerque, le 16 avril 2019.

Objet : Certificat de vaccinations des étudiants en soins infirmiers

Mesdames, Messieurs les Médecins,

Anne BENCTEUX  
Directrice IFSI/IFAS

Patricia ROGER  
Coordinatrice  
Pédagogique  
☎ Poste : 44.08

Isabelle DENOYELLE  
Adjoint Administratif  
☎ Poste : 42.74

Véronique FOURCROY  
Adjoint Administratif  
☎ Poste : 43.01

Caroline LEDEZ  
Adjoint Administratif  
☎ Poste : 60.43

Pascale MANCONE  
Adjoint Administratif  
☎ 03.28.28.56.80

Selon l'arrêté du 21 avril 2007, Titre III, articles 44 et 45 relatif aux conditions de fonctionnement des Instituts de Formation paramédicaux, l'admission définitive en Institut de Formation est subordonnée à la production d'un certificat médical de vaccinations :

- antidiphtérique, antitétanique et antipoliomyélitique  
en cas de rappel diphtérie – tétanos – polio, association possible vaccin anticoqueluche REPEVAX laissé à votre appréciation (personnel en contact avec jeunes enfants ou futur parent)
- contre l'hépatite B (3 injections impératives)  
avec dosage des anticorps anti HBS 6 semaines après la dernière injection, rappel à faire si nécessaire – aucune dispense de cette vaccination ne peut être accordée
- I.D.R de référence de moins de 3 mois.

Merci d'effectuer un **contrôle de la NF** ainsi que le **dosage des anticorps anti HBS** qui serviront de référence dans le cadre de la radioprotection.

C'est pourquoi je vous prie sur présentation du carnet de vaccinations de l'étudiant de bien vouloir remplir, dater et signer la fiche ci-jointe qui me permettra d'assurer le suivi administratif des vaccinations, sans oublier d'y apposer votre cachet.

Je vous remercie de votre participation et de l'intérêt que vous portez aux étudiants.

Fax : 03.28.28.59.07

LA DIRECTRICE,

Anne BENCTEUX





## FICHE DE SUIVI MEDICAL

NOM..... PRENOM.....

Date de naissance : .....

D.T.P	nom								
	date								
Test Tuberculinique									
ROR									
Hépatite B	Age primo vaccination	1	2	3	4	5	6		AC

DATE :

**NOM et PRENOM du MEDECIN TRAITANT**

Maladies infantiles	date
varicelle	
<u>rougeole</u>	
oreillons	
rubéole	
<u>coqueluche</u>	

**CACHET du MEDECIN TRAITANT**

DUNKERQUE, le 29 avril 2019

OBJET: Certificat de vaccinations des étudiants en Soins Infirmiers

Mesdames, Messieurs les Médecins,

Selon l'arrêté du 21 avril 2007, Titre III, articles 44 et 45 relatif aux conditions de fonctionnement des Instituts de Formation paramédicaux, l'admission définitive en Institut de Formation est subordonnée à la production d'un certificat médical :

de vaccinations :

- antidiphtérique, antitétanique et antipoliomyélitique  
en cas de rappel diphtérie – tétanos – polio, association possible vaccin anticoqueluche REPEVAX laissé à votre appréciation (personnel en contact avec jeunes enfants ou futur parent)
- contre l'hépatite B (3 injections impératives)  
avec dosage des anticorps anti HBS 6 semaines après la dernière injection, rappel à faire si nécessaire – aucune dispense de cette vaccination ne peut être accordée

Merci d'effectuer un **contrôle de la NF** ainsi que le **dosage des anticorps anti HBS** qui serviront de référence dans le cadre de la radioprotection.

C'est pourquoi je vous prie sur présentation du carnet de vaccinations de l'étudiant de bien vouloir remplir, dater et signer la fiche ci-jointe qui me permettra d'assurer le suivi administratif des vaccinations, sans oublier d'y apposer votre cachet.

Je vous remercie de votre participation et de l'intérêt que vous portez aux étudiants.

LA DIRECTRICE,

Anne BENCTEUX



**MEDECINS AGREES GENERALISTES****ARRONDISSEMENT DE DUNKERQUE**

<b>NOM</b>	<b>TEL</b>	<b>COMMUNE</b>	<b>ADRESSE</b>
Dr ANDRES Frédéric	03 20 48 58 90	59 850 NIEPPE	1507, rue d'Armentières
Dr CLAEYS Benoît	03 28 50 33 33	59270 BAILLEUL	30 rue du Musée
Dr GOIDIN Pierre	03 28 58 04 05	59140 DUNKERQUE	20, rue de l'Abbé Choquet
Dr LALLEMAN Philippe	03 28 68 21 89	59 380 BIERNE	15, chemin de la Rose
Dr LEFEVER Jean-Marie	03 28 66 99 81	59 140 DUNKERQUE	12, rue David d'Angers
Dr MONTAGNE Patrick	03 28 64 50 90	59210 COUDEKERQUE-BRANCHE	3, Rue Garibaldi
Dr PLATEVOET Céline	03 28 49 06 03	59270 METEREN	58 rue Nationale
Dr RANDRIAMIHAMINA Rija	03 28 66 47 47	59140 DUNKERQUE	36 rue de Bourgogne
Dr VERNIEST Laurent	03 28 48 16 12	59114 STEENVOORDE	20, avenue de la Bergerie

## Certificat médical d'entrée en formation paramédicale

Infirmier / Aide-Soignant / Auxiliaire de Puériculture / Ambulancier / Auxiliaire Ambulancier

○ ○ ○ ○ ○

*A remettre le jour de l'inscription avec photocopie du carnet de vaccination et attestation médicale comportant un résultat même ancien d'anticorps anti HBs répondant aux critères (cf. document au verso)*

Je soussigné (e), médecin agréé,

Certifie que :

Madame / Monsieur..... né (e) le.....

ne présente pas de contre –indication physique et psychologique à l'exercice de la profession.

Nature de la vaccination	Dernier vaccin effectué	Schéma vaccinal valide pour 3 ans	Rappel prévu le
DTP ○	Date	Oui ○ Non ○	Date
DTCP ○			
Hépatite B Ac anti HBs >100 ○ 10 < Ac anti HBs < 100 ○	Date	Oui ○ Non ○	
ROR (Vaccin non obligatoire mais conseillé)	Date		

Et atteste que les vaccinations sont conformes à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

Fait à.....le.....

**Cachet et signature du médecin agréé**

# Conditions d'immunisation contre l'hépatite B<sup>1</sup>

Résultat biologique d'Ac anti HBs > 100 UI / L = Immunité

<p><b>Sans présentation de résultat</b> = Dosage Ac anti HBc et anti HBs</p>	<p><b>La vaccination:</b> - sans preuve documentaire <input type="checkbox"/> - n'a pas été réalisée <input type="checkbox"/> - est incomplète <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Ac anti HBc positifs</b> = dosage Ag HBs et charge virale</p>
<p><b>Schéma 1 :</b> Ac anti HBc indétectables + schéma vaccinal correct et complet+ Ac anti Hbs ≥ 10 UI / L = Immunité définitive</p> <p><b>Schéma 2:</b> Ac anti HBc indétectables + Ac anti HBs &lt; 10 UI / L + Schéma complet de vaccination = rappel nécessaire puis, dosage des Ac anti HBs 1 à 2 mois après injection.</p> <p><b>A l'issue :</b> - si Ac anti HBs &gt; 10 UI / L = immunité</p> <p>- si Ac anti HBs &lt; 10 UI / L = Dose additionnelle de vaccin. Dosage des Ac anti HBs 1 à 2 mois après injection à répéter jusqu'à obtention des Ac anti HBs &gt; 10 UI / L sans dépasser 6 injections.</p>	<p><b>Schéma 1</b> Ac anti HBs &gt; 100 UI / L = Immunité</p> <p><b>Schéma 2</b> Ac anti HBs entre 10 et 100 UI / L = La vaccination doit être complétée.</p> <p>A l'issue de cette vaccination les personnes concernées sont considérées immunisées sans qu'il y ait lieu de réaliser un dosage sérologique ultérieur, ni injection supplémentaire.</p> <p><b>Schéma 3</b> Ac anti HBs &lt; 10 UI / L = La vaccination doit être réalisée ou complétée. Puis, dosage des Ac anti HBs à réaliser 1 à 2 mois après l'injection.</p> <p>Si Ac anti HBs de nouveau &lt; 10 UI / L, la vaccination doit être réalisée ou complétée une nouvelle fois. Puis, dosage des Ac anti HBs à réaliser 1 à 2 mois après l'injection.</p> <p><b>A l'issue : 2 possibilités</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AC anti HBs ≥ 10 UI / L = Immunité (sans qu'il y ait lieu de réaliser un dosage sérologique ultérieur, ni injection supplémentaire)</li> <li>- Ac anti HBs &lt; 10 UI / L = Dose additionnelle de vaccin avec dosage des Ac anti HBs à réaliser 1 à 2 mois après et à répéter jusqu'à l'obtention d'un taux d'Ac &gt; 10 UI / L sans dépasser 6 injections.</li> </ul>	<p><b>Schéma 1</b> Ac anti HBs compris entre 10 et 100 UI / L + Ag HBs négatif + charge virale indétectable = Immunité</p> <p><b>Schéma 2</b> Ac anti HBs &lt; 10 UI / L + Ag HBs négatif + charge virale indétectable = avis spécialisé demandé ( pour déterminer si la personne est immunisée ou non ).</p> <p><b>Schéma 3</b> Ag HBs positif et / ou charge virale détectable = la personne est infectée et sa vaccination n'est pas requise.</p>

<sup>1</sup>Arrêté du 02/08/2013 paru au J.O du 13/08/13 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du Code de la Santé Publique.  
Arrêté du 21/04/2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, titre III- vaccinations pour l'entrée en formation et suivi médical des étudiants.