

Annexe 1 : CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A L'EXERCICE DE LA PROFESSION D'INFIRMIER

(à faire compléter par un médecin agréé* par l'Agence Régionale de santé)

Je soussigné(e), Docteur..... Médecin agréé,

Atteste que : M./ Mme.....

Né(e)le : | _ _ | _ _ | _ _ _ _ |

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

présente un statut vaccinal et immunitaire conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (voir document annexe 2 « certificat de vaccinations »).

Nombre de cases cochées : | _ |

Fait à....., le | _ _ | _ _ | _ _ _ _ |

Tampon (lisible) :

Signature :

***liste disponible par département en consultant le site de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de votre région**