CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE

À FAIRE COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT

Je soussigné(e) ....., Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour,
Mme/Mlle/M ..... né(e) le ...../...../.....
et déclare ne pas avoir constaté de contre-indications, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, pour suivre, dans l'enseignement supérieur, à la Haute Ecole Francisco Ferrer, les études de

- Bachelier-Agrégé de l'Enseignement Secondaire Inférieur en Education Physique
- Spécialisation en préparation physique et entraînement
- Bachelier en Infirmier responsable de soins généraux
- Bachelier en sage-femme

Cachet du médecin :

Date et signature :

Pour les étudiants des bacheliers en infirmier – responsable des soins généraux et en sage-femme, merci de bien vouloir compléter également le document ci-dessous concernant la vaccination de votre patient.

Haute Ecole Francisco Ferrer

Rue de la Fontaine 4 – 1000 Bruxelles

HAUTE ÉCOLE FRANCISCO FERRER

Document à faire compléter par le médecin traitant

Nom et prénom de l'étudiant .....

Né(e) le ...../...../.....

La vaccination contre l'hépatite B est obligatoire pour pouvoir accéder aux stages dans la catégorie paramédicale.

Si l'étudiant n'a jamais été vacciné contre l'hépatite B ou s'il ne présente pas un taux d'AcHBs suffisamment protecteur, il peut bénéficier d'un remboursement par l'Agence Fédérale des Risques Professionnelles (FEDRIS) pour une vaccination complète (hépatite A+B ou hépatite B) ou une dose de rappel. **Aucune vaccination contre l'hépatite B ne doit être entreprise. Celle-ci sera faite, si nécessaire, à l'école.**

Toutes les personnes qui participent à l'organisation du programme de vaccination se sont engagées à se conformer à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements des données à caractère personnel (et à ses arrêtés d'exécution) ainsi qu'aux dispositions relatives au secret professionnel et médical. Toute demande de suppression dans la banque de données vaccinales peut être introduite par courrier à la Direction générale de la Santé de la FWB. Le texte de la délibération du Comité sectoriel sécurité sociale et santé de la Commission de la protection de la vie privée est consultable sur le site https://www.e-vax.be

➢Si une **prise de sang** a été effectuée, merci de nous transmettre ci-dessous les résultats.

Sérologie	Date	Taux
Hépatite B (Ac HBs)		
Hépatite A		

➢Statut vaccinal (merci de compléter ci-dessous ou de joindre une copie de la carte de vaccination/carnet de santé)..

- Date du dernier rappel **Tétanos – Diphtérie – Coqueluche** : ...../...../.....
- Date des vaccins **Hépatite B ou AB** : 1) ...../...../..... - 2) ...../...../..... - 3) ...../...../.....
- Date du dernier rappel **Rougeole – Rubéole – Oreillons** : ...../...../.....

➢Si un dépistage tuberculose a été effectué, merci de compléter ci-dessous

	Date	Résultat
Par intradermoréaction		
Par RX-thorax		

Haute Ecole Francisco Ferrer

Rue de la Fontaine 4 – 1000 Bruxelles