

Annexe 1 :

**CERTIFICAT MÉDICAL 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 agréée,

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**