

Engagement vaccinal de la famille ou de l'élève majeur

Bac Professionnel ASSP / CAP AEPE 2023 2024

Je soussigné, (père, mère, tuteur)

Nom :

Prénom :

m'engage à respecter les modalités vaccinales obligatoires demandées pour mon enfant décrites dans le certificat médical de vaccinations ci-joint et à transmettre son Pass vaccinal qui sera obligatoire selon les lieux de stage.

Je note qu'en cas de non-respect de ces obligations, son inscription à la formation « Baccalauréat professionnel ASSP/ CAP AEPE » sera annulée.

Fait à :

Le :

Signature :

Engagement vaccinal de la famille ou de l'élève majeur

Bac Professionnel ASSP / CAP AEPE 2023 2024

NOM de l'élève : PRENOM :

Date de naissance :

Je soussigné(e), Dr certifie que le (la) candidat(e) est :

à jour des vaccinations suivantes :

- **DTP** : de moins de 10 ans
- **Hépatite B** : 2 voire 3 injections (selon protocole) + contrôle sanguin

des anticorps anti-hbs > 10 UI/L.

- **Pass Vaccinal** : obligatoire pour les lieux de stage en centre hospitalier, en crèche et en EHPAD.

Pour les mineurs : 2 doses vaccinales ou 1 dose + certificat de positivité au Covid.

Pour les majeurs : 3 doses vaccinales ou 2 doses + certificat de positivité au Covid.

- BCG + IDR ne sont plus obligatoires depuis avril 2019.

en cours de schéma vaccinal, concernant :

- le(s) rappel(s) + date prévue du (des) rappel(s) :

.....

- si besoin, date prévue du dosage sanguin des anticorps anti-hbs :

.....

Date :

Cachet et signature du médecin :

Engagement vaccinal de la famille ou de l'élève majeur

Bac Professionnel ASSP / CAP AEPE 2023 2024

NOM de l'élève : PRENOM :

Date de naissance :

Je soussigné(e), Dr atteste que le (la) candidat(e) cité(e) ci-dessus ne présente aucune contre-indication médicale physique et psychologique à suivre la formation :

- Baccalauréat Professionnel Accompagnement, Soins et Services à la Personne,
- Certificat d'Aptitude Professionnelle Accompagnement Educatif à la Petite Enfance,

et à effectuer des stages en milieu hospitalier, en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ou en crèche.

Date :

Cachet et signature du médecin :