

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE À LA PRATIQUE D'UN STAGE EN MILIEU HOSPITALIER

DOCUMENT à ADRESSER

Direction des Soins (stages soins)

stage-soins@ch-montauban.fr

ou

Direction des Ressources Humaines et de la Formation Continue (stages hors soins)

stage@ch-montauban.fr



Centre Hospitalier de Montauban

100 rue Léon CLADEL 82 000 MONTAUBAN

Je soussigné(e), Docteur, **certifie avoir examiné ce jour :**

Nom patronymique :

Nom marital :

Prénom(s) :

Né(e) le / /, à

J'atteste que :

- Le (la) candidat(e) susnommé(e) ne présente pas de contre-indications médicales à la pratique du stage demandé au sein du Centre Hospitalier de Montauban
- Que le (la) candidat(e) est à jour des vaccinations suivantes :
 - DTP (diphtérie, tétanos, poliomyélite) : obligatoire pour tout stage
 - IMMUNISATION CONTRE L'HEPATITE B* : obligatoire pour les stages pratiques en service de soins / stagiaires susceptibles de présenter une exposition à des agents biologiques.

Fait à :

Le :

Cachet et signature du médecin

** Sont concernés : médecins, sages-femmes, infirmiers(ères), biologistes, laborantins(ines), préleveurs(euses), pharmaciens, aides-soignants, ambulanciers, manipulateurs radiologie, kinésithérapeutes, agent de service hospitalier.*