

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

DOCUMENT à ADRESSER

**Gestion des Stages – Bureau HAB 320**  
CHU de Toulouse - Hôtel-Dieu Saint-Jacques  
2 rue Viguerie  
TSA 80035  
31059 Toulouse cedex 9



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 Universitaire de Toulouse
- 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 : Etudiants = médecins, sage femmes, infirmiers(ères), biologistes, laborantins(ines), préleveurs(euses), pharmaciens, aide soignants, ambulanciers, manipulateurs radiologie, kinésithérapeutes, agent de service hospitalier*