



Liste des **pièces à nous fournir**  
(même si votre 1<sup>er</sup> stage ne se déroule pas au CHU)  
afin de **constituer votre dossier**  
et de vous **nommer dans vos fonctions.**

Affaires Médicales  
Tél.05.55.05.60.03

## Liste des pièces CONSTITUTIVES du dossier administratif

### D'INTERNE DE PHARMACIE

---

- Feuillet signalétique ci-joint à compléter.
- Certificat médical délivré par un médecin des hôpitaux attestant que «l'intéressé remplit les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions hospitalières auxquelles il postule. Le certificat doit en outre attester que l'intéressé remplit les conditions d'immunisation contre certaines maladies fixées par arrêté. La rédaction du certificat doit être rigoureusement identique à la rédaction susvisée conformément à l'article 7 du décret N° 99-930 modifié du statut des internes (cf. document joint).
- Certificat de vaccination ci-joint à compléter.
- Photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale jointe à la Carte Vitale
- Photocopie de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité. Copie du livret de famille pour les candidats ayant des enfants. Pour les ressortissants des Etats membres de la Communauté Européenne, un certificat de nationalité traduit le cas échéant par un interprète assermenté de l'ambassade de France du pays d'origine délivré depuis moins de trois mois.
- Extrait n°3 du casier judiciaire *datant de moins de trois mois.*  
A demander soit : - par courrier à CASIER JUDICIAIRE NATIONAL 107 rue de Landreau - 44079 NANTES CEDEX 01 (joindre à la demande 1 extrait d'acte de naissance),  
- par internet : [www.cjn.justice.gouv.fr](http://www.cjn.justice.gouv.fr)
- Relevé d'identité bancaire ou postal (*et non un chèque annulé*).
- 1 Photo d'identité.

**N.B.** : Informer les Affaires Médicales de **toute modification de votre dossier.**  
(Surtout lorsque vous prenez un stage au Centre Hospitalier Universitaire)



# ATTESTATION

Je soussigné .....,  
qualité .....

atteste que **M**..... remplit les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions auxquelles il (elle) postule en qualité d'Interne de Pharmacie.

L'intéressé(e) remplit également les conditions d'immunisation contre certaines maladies fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Attestation établie pour servir et valoir ce que de droit.

Limoges, le .....

Signature  
(du médecin qui remplit l'attestation)



**DEPARTEMENT DE SANTE AU TRAVAIL**

**NOM :**  
**DATE DE NAISSANCE :**

**PRENOM :**  
**FONCTION :**

Vu l'article L. 3111-4 du Code de Santé Publique.  
Vu le dernier avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France.  
Au terme des arrêtés du 6 mars 2007 et de la circulaire du 16 avril 2007.

**Il est fait obligation, avant l'embauche, à toute personne sollicitant un emploi dans un établissement de soins ou de prévention, d'être immunisée contre différents risques infectieux et d'en apporter la preuve : attestation médicale. Les tableaux suivants devront donc être complétés par votre médecin traitant. Ils constituent un document exigible à l'embauche.**

**B . C . G .**

MODE DE VACCINATION (Scarif/Monovax/ BCG ID) (A préciser)	DATE
.....	.....
.....	.....
.....	.....

**TEST TUBERCULINIQUE**

*(obligatoire à l'embauche)*

I.D.R. à 10 UI ou Tubertest à 5 UI	DATE	RESULTAT (en mm)
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**DIPHTERIE - TETANOS - POLIO**

*éventuellement* **COQUELUCHE**

3 DERNIERS RAPPELS	NOM DU VACCIN
.....	.....
.....	.....
.....	.....

**TYPHIM VI**

*(pour les personnes travaillant en laboratoire)*

DATE DE LA DERNIERE INJECTION
.....
.....
.....

**HEPATITE B**

*(Pour le personnel exposé aux agents biologiques)*

	DATE	NOM DU VACCIN
1 <sup>ère</sup> Inj	.....	.....
2 <sup>ème</sup> Inj	.....	.....
1 <sup>ER</sup> RAPPEL	.....	.....
2 <sup>ème</sup> RAPPEL	.....	.....
3 <sup>ème</sup> RAPPEL	.....	.....
4 <sup>ème</sup> RAPPEL	.....	.....

**RUBEOLE / OREILLONS / ROUGEOLE**

*(vaccination recommandée)*

	DATE
1 <sup>ère</sup> Injection	.....
RAPPEL	.....

**DOSAGE DES AC-ANTIHB S**

OUI		NON	
-----	--	-----	--

**Sérodiagnostic de la rubéole**

OUI		NON	
-----	--	-----	--

Les résultats de ces anticorps sont couverts **par le secret médical** et ne doivent être remis **qu'au médecin du travail** lors de la visite médicale.

**En l'absence de la mise à jour des vaccinations obligatoires en milieu hospitalier, le médecin du travail sera dans l'impossibilité d'émettre un avis d'aptitude.**

Fait le .....

Signature :