

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e),

.....

docteur en médecine certifié de
 l'examen clinique et psychique de :

M. / Mme

.....

né(e) le/...../..... ne
 présente ce jour, à ma
 connaissance, aucune contre-
 indication cliniquement décelable,
 physique ou psychique, pour
 pratiquer des activités de :

- SECOURISTE
- FORMATEUR
- LOGISTICIEN
- AIDE A LA POPULATION
-

Bonjour,

Vous allez examiner un bénévole de la
 FFSS. Dans le cadre de ses activités, les
 contraintes physiques et psychologiques
 sont variables en fonction des missions.

	Physique	Psychologique	Observations
Secouriste	+++	++++	Être capable de porter une charge en milieu de stress important
Formateur	+	+++	Mener une action de formation en secourisme
Logisticien	+++	+++	Être capable de porter une charge lourde
Aide à la population	+	++++	Être capable de mener des actions de secouriste et de porter des charges lourdes

Les vaccins diphtérie, poliomyélite et
 tétanos doivent être à jour pour pouvoir
 exercer sur le territoire métropolitain. La
 vaccination de l'hépatite B est
 vivement conseillée pour les secouristes
 et les formateurs.

Cordialement,

Stéphane VOISIN
 Directeur

Déclare que cette personne est à jour des vaccins :

	OUI / NON
<input type="checkbox"/> Diphtérie	
<input type="checkbox"/> Poliomyélite	
<input type="checkbox"/> Tétanos	
<input type="checkbox"/> dernier test tuberculique	
<input type="checkbox"/> BCG	
<input type="checkbox"/> Hépatite B	

	OUI / NON
<input type="checkbox"/> Hépatite B	
<input type="checkbox"/> Méningite A + C	
<input type="checkbox"/> Fièvre jaune	
<input type="checkbox"/> Encéphalite japonaise	
<input type="checkbox"/> Fièvre typhoïde	
<input type="checkbox"/> Rage	

Remis à l'intéressé(e) pour faire valoir ce que de droit.

Tampon, date et signature