



**SDIS 17**

**Service de Santé et de Secours Médical**

## CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE

(arrêté du 6 mai 2000 modifié)

**Ce certificat doit être complété uniquement par un médecin sapeur-pompier**

Je soussigné (nom, prénom) ....., médecin sapeur-pompier du **Service départemental d'Incendie et de Secours de** (précisez le département) .....

Certifie avoir examiné ce jour, conformément à l'arrêté du 6 mai 2000 modifié :

Monsieur, Madame, (nom, prénom) .....  
né(e) le ...../...../.....

Candidat au recrutement comme sapeur-pompier volontaire surveillant des baignades (2019) au sein du SDIS de Charente-Maritime.

- **Il (elle) est à jour des vaccinations** contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et l'hépatite B (réf : calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2018).

• **Date de vaccination anti-tétanique :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

• **Dates des vaccinations hépatite B :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

• **Date de sérologie hépatite B :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

✓ Résultat dosage anticorps anti-HBs : .....

✓ Résultat dosage anticorps anti-HBc : .....

✓ Résultat dosage antigène HBs : .....

- **Il (elle) est apte médicalement aux fonctions de sapeur-pompier volontaire surveillant des baignades.**

Date : ...../...../.....

**Cachet et signature du médecin sapeur-pompier**