



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 (2020) 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 2019*).

• **Date de vaccination anti-tétanique :** ___ / ___ / ___

• **Dates des vaccinations hépatite B :** ___ / ___ / ___ ___ / ___ / ___

___ / ___ / ___ ___ / ___ / ___

___ / ___ / ___ ___ / ___ / ___

• **Dates 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