



Veillez svp compléter lisiblement **toutes** les pages et les donner au candidat ou à la candidate qui devra l'adresser accompagné du reste des documents demandés (copies carnet de vaccination, copies des sérologies, éventuels autres documents) au **médecin-conseil** dès que possible et impérativement avant le **15 mars 2024**

**Les candidats et candidates sont responsables de faire parvenir, en 1 seul envoi par courrier postal uniquement et dans le délai mentionné, le rapport complet avec une copie du carnet de vaccination, la copie du dosage des Ac anti HBs et des autres éventuelles sérologies à l'attention du médecin-conseil de l'école :**

Dre Véronique Barmettler  
Office de l'enfance et de la jeunesse  
**Service santé de l'enfance et de la jeunesse**  
Glacis-de-Rive 11-1207 Genève

**Les documents envoyés par mail ne seront pas traités. Tout rapport incomplet ne sera pas retourné par courrier au candidat ou à la candidate. Les données manquantes lui seront communiquées par courriel.**

**Le médecin-conseil de l'école conserve le rapport dans ses dossiers; les indications qui y sont mentionnées sont soumises au secret médical. Il ne transmet à l'école que l'avis d'aptitude ou d'inaptitude ou une réserve si les vaccinations sont incomplètes, mais en cours d'être complétées par le médecin traitant (point 3). Il est rappelé que ces vaccinations doivent être finalisées à la rentrée scolaire ou être en cours de finalisation avant le début des stages qui sont souvent en début d'année scolaire. Le médecin-conseil peut demander, si nécessaire, un complément d'information au médecin traitant.**

NOM	Prénom
Adresse complète (rue et localité)	Date de naissance
	Sexe      Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
	@

Métier choisi : .....

Examen médical effectué le : .....

## 1. Anamnèse personnelle

**Pour les maladies chroniques et les maladies psychiatriques, prière de joindre une attestation du médecin spécialiste en charge de votre patient attestant que son problème de santé lui permet de faire la formation choisie.**

Antécédents médico-chirurgicaux	
Maladies chroniques	
Maladies psychiatriques	
Allergies	
Consommation (alcool, drogues,...)	

Traitement en cours	
---------------------	--

## 2. Status

Taille (cm) : Poids (kg)	BMI :
Système cardiovasculaire	
Système respiratoire	
Système digestif	
Système uro-génital	
Système locomoteur	
Système neurologique	
<p>Vision*</p> <p>Verres correcteurs <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Vision des couleurs (Ishihara)</p> <p>Acuité corrigée</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OD :</li> <li>• OG :</li> </ul> <p>Ouïe :</p> <p>pour le métier d'ambulancier (ESAMB), un examen datant de moins de 1 an, par un ophtalmologue agréé, est demandé pour remplir le document spécifique. Voir liste des médecins en annexe.</p>	

Systeme cutané	
----------------	--

### 3. Antécédents et vaccinations effectuées

Les vaccinations des étudiants et des étudiantes doivent être à jour faute de quoi l'admission ne pourra pas se faire. Dès lors, **il convient d'administrer de suite les doses manquantes**, notamment pour les vaccinations nécessitant plusieurs doses. **Les copies des résultats de la sérologie doivent être jointes.**

En cas de perte du carnet de vaccination de l'élève, en faire un nouveau [Certificat de vaccination \(admin.ch\)](#)

Vaccin	Vaccination effectuée	
<b>Pour toutes les écoles</b>		
<b>Diphtérie, tétanos</b>	Vaccination de base à jour ou en cours de rattrapage : <input type="checkbox"/> oui Date du dernier rappel : ____ / ____ / ____	
<b>Polio</b>	Vaccination de base à jour ou en cours de rattrapage : <input type="checkbox"/> oui Date du dernier rappel pour <b>métier de laboratoire</b> : ____ / ____ / ____	
<b>Coqueluche</b>	Date de la dernière dose : ____ / ____ / ____	
<b>Rougeole</b>	<input type="checkbox"/> Vacciné avec 2 doses	ou <input type="checkbox"/> Sérologie positive (à joindre au rapport médical)
<b>Oreillons</b>	<input type="checkbox"/> Vacciné avec 2 doses	ou <input type="checkbox"/> Sérologie positive (à joindre au rapport médical)
<b>Rubéole</b>	<input type="checkbox"/> Vacciné avec 2 doses	ou <input type="checkbox"/> Sérologie positive (à joindre au rapport médical)
<b>Varicelle</b>	<input type="checkbox"/> Immunité naturelle <b>ou</b> <input type="checkbox"/> Vacciné avec 2 doses <b>ou</b> <input type="checkbox"/> Sérologie positive (à joindre au rapport médical)	
<b>Hépatite B</b>	<input type="checkbox"/> Vacciné avec 2 doses (si entre 11 et 16 et vaccin adulte) ou 3 doses	Dosage des Ac anti-HBs (à joindre au rapport médical) Date : ____ / ____ / ____
	<input type="checkbox"/> Rappel(s) – Nombre : _____	Résultat : _____ UI/l
<b>Pour tous les métiers sauf podologue</b>		
<b>Hépatite A</b>	<input type="checkbox"/> Vacciné avec 2 doses	ou <input type="checkbox"/> Sérologie positive (à joindre au rapport médical)
<b>Pour l'école des métiers du laboratoire uniquement</b>		
<b>Méningite</b>	<input type="checkbox"/> Méningite B : Vacciné avec 2 doses et <input type="checkbox"/> Méningite ACWY : Vaccination une dose <input type="checkbox"/> Rappel : _____	

**VEUILLEZ COMMENCER À ADMINISTRER LES DOSES MANQUANTES DE SUITE ET DONNER RENDEZ-VOUS POUR LES RAPPELS NECESSAIRES, LES DATES RETENUES SONT A NOTER A LA FIN DE CE RAPPORT ET AUSSI DANS LE CARNET DE VACCINATION.**

**Rapport médical de** Nom : ..... Prénom : .....

4. Le médecin soussigné connaît le·la candidat·e depuis .....

5. D'après l'examen effectué, le·la candidat·e est physiquement et psychiquement :

Apte

Apte sous réserve :

de respecter les exigences vaccinales de l'école et d'effectuer les vaccins manquants suivants:

autre (à préciser) :

Inapte

à suivre la formation et à exercer la profession de \_\_\_\_\_

6. **Médecin procédant à l'examen**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse mail :

Téléphone :

Jours/ heures d'ouverture du cabinet médical :

Date : \_\_\_\_\_

Signature et tampon