



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.

**A adresser uniquement par mail aux  
adresses suivantes :**

**[adeline.colin@chu-limoges.fr](mailto:adeline.colin@chu-limoges.fr)  
[vincent.bellanger@chu-limoges.fr](mailto:vincent.bellanger@chu-limoges.fr)**

**DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES**

Tél.05/19/76/17/54

## Liste des pièces CONSTITUTIVES du dossier administratif

### D'INTERNE

- Feuillet signalétique ci-joint à compléter.
- Certificat médical délivré par un médecin du travail du CHU de Limoges. Prendre rendez-vous pour la visite préalable à l'embauche au 05.55.05.63.62 ou 05.55.05.68.56.
- Certificat de vaccinations ci-joint à compléter (à remplir par votre médecin traitant ou à faire remplir par le médecin du travail lors de la visite préalable à l'embauche).
- Photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale jointe à la Carte Vitale.
- Copie de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité. Pour les ressortissants des Etats membres des Communautés Européennes, 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.
- Copie du livret de famille pour les candidats ayant des enfants.
- 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.
- Justificatif d'inscription au Conseil de l'Ordre avec numéro RPPS

**N.B. : Informer les Affaires Médicales de toute modification de votre dossier.**

(Surtout lorsque vous prenez un stage au Centre Hospitalier Universitaire ou, pour les internes de médecine générale, un stage chez un praticien).

**FEUILLET SIGNALÉTIQUE – INTERNES**

Médecine Générale

Spécialité

Pharmacie

**ETAT CIVIL**

Nom ..... Nom de jeune fille .....  
Prénoms ..... Date de Naissance .....  
Commune de Naissance ..... Département de Naissance .....  
Pays de naissance ..... Nationalité .....  
N° RPPS .....  
N° de Sécurité Sociale .....  
Adresse Caisse d’Affiliation .....  
Mutuelle .....  
Adresse Mutuelle .....  
Nom et adresse du dernier employeur .....

**ADRESSE**

N° ..... Voie .....  
Complément d’adresse .....  
Ville .....  
Code Postal .....  
Téléphone ..... Adresse MAIL :

**SITUATION FAMILIALE**

Célibataire     Veuf (ve)     Séparé (e)     Divorcé (e)     Concubinage  
 Marié (e) Date de Mariage.....  
 Pacsé (e) Date du Pacs.....  
Nom et prénom du conjoint ..... Date de Naissance .....  
Profession conjoint .....  
Employeur     public     privé     C.H.R.     autre (à préciser) .....

**Enfants à Charges :**

Nom et Prénom	Date de Naissance	Activité



# DEPARTEMENT DE SANTE AU TRAVAIL

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

FONCTION : INTERNE

MG     SPE     PHARMA

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-ANTIHB5

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 :