



Saint-Denis, 18 Juillet 2025.

Cher(e) candidat(e),

Vous êtes admis à l'un des Instituts de Formation des IES du CHU de la Réunion et nous vous en félicitons.

Afin de valider votre inscription, nous vous demandons de bien vouloir respecter les étapes décrites ci-dessous (cf. Etape 1 et Etape 2 page suivante).

Pour votre information, les Instituts d'études en santé (IES) sont accessibles à tous les étudiants/élèves :

- Ayant été sélectionnés et admis dans une de nos filières,
- Présentant un certificat d'aptitude physique et psychologique à suivre la formation,
- Disposant d'une couverture vaccinale conforme à la réglementation et leur permettant la mise en stage.

Afin que chaque apprenant dispose des mêmes chances de réussite au diplôme, les IES sont engagés dans une démarche volontariste d'accompagnement à la réussite de tous nos étudiants/élèves, ainsi que dans une politique inclusive pour les apprenants en situation de handicap.

**Concernant le dispositif d'aide à la réussite :**

Un test de positionnement sera proposé à chaque étudiant/élève (via un mail d'inscription) évaluant les compétences socles nécessaires à l'entrée en formation. Des ateliers de mise à niveaux seront programmés une semaine avant la rentrée universitaire du 07 au 20 juillet 2025 inclus, chaque étudiant/élève étant invité à s'y inscrire au regard de ses résultats auprès du correspondant « aide à la réussite » : [reussite@ies-reunion.fr](mailto:reussite@ies-reunion.fr)

**Concernant les situations de handicap :**

Tout étudiant/élève en situation de handicap est invité à se rapprocher de nos Référents Handicap lors de son inscription administrative afin de co-construire les mesures d'accompagnement envisageables et d'anticiper les éventuels aménagements nécessaires au bon déroulement des études.

- Chaque année universitaire, tout étudiant/élève en situation de handicap, reprend contact avec le référent handicap de l'institut pour bénéficier d'un nouvel accompagnement personnalisé, il n'y a pas d'automatisme, le handicap pouvant être temporaire ou évolutif,
- Concernant l'aménagement des examens, les demandes seront à présenter au moins un mois avant la date des examens pour permettre aux équipes d'anticiper l'organisation des mesures nécessaires,
- En cas de situation de handicap intervenant en cours de scolarité, l'étudiant/élève concerné prend contact avec les référents handicap.

**Contacts et coordonnées**

Les référents handicap des IES sont :

**Site des IES Sud**  
**Isabelle FONTAINE** – Cadre Formateur  
 Téléphone : 0262 35 59 98  
 Email : [isabelle.fontaine.ies-reunion.fr](mailto:isabelle.fontaine.ies-reunion.fr)  
**Sabine DIJOUX** - Adjoint administratif  
 Téléphone : 0262 35 95 70  
 Email : [sabine.dijoux@ies-reunion.fr](mailto:sabine.dijoux@ies-reunion.fr)

**Site des IES Nord**  
**Gilbert DALLE-MULE** – Cadre Formateur  
 Téléphone : 0262 71 75 59  
 Email : [gilbert.dalle-mule@chu-reunion.fr](mailto:gilbert.dalle-mule@chu-reunion.fr)  
**Martine TECHER** - Adjoint administratif  
 Téléphone : 0262 71 75 49  
 Email : [martine.techer@ies-reunion.fr](mailto:martine.techer@ies-reunion.fr)

Pour les étudiants en études promotionnelles du CHU, le référent handicap de l'établissement pourra être sollicité :

**Magalie PALACIOS**  
 Téléphone : 0262 71 98 14  
 Email : [magalie.palacios@chu-reunion.fr](mailto:magalie.palacios@chu-reunion.fr)

« Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »



Cofinancé par  
l'Union européenne

Instituts d'Etudes en Santé



Instituts de formation d'aides-soignants

## DÉROULEMENT DES ÉTAPES OBLIGATOIRES POUR L'INSCRIPTION À L'IFAS DU CHU NORD DE LA REUNION

Les admis à l'IFAS du CHU NORD Réunion pour la rentrée scolaire 2025/2026 sont invités à s'inscrire et à suivre les différentes étapes comme suit :

**1ERE ETAPE : Télécharger le formulaire de réponse via le lien ci-dessous : du 18 juillet 2025 au 28 juillet 2025**

<https://www.chu-reunion.fr/wp-content/uploads/2025/05/FORMULAIRE-DE-REPONSE-SELECTIONS-ENTREE.pdf>

**2<sup>EME</sup> ETAPE : INSCRIPTION ADMINISTRATIVE du 29/07/2025 au 01/08/2025 inclus de 8h00 à 12h00**

1) RDV en présentiel au secrétariat des Instituts d'Etudes en Santé du CHU Nord Bat A (angle ruelle de l'Hôpital et rue Gibert des Molières – 97400 St Denis) pour votre inscription administrative avec les pièces demandées (cf. liste des documents à fournir ci-dessous) selon les modalités suivantes :

- 29/07 : Rang N° 1 à 10
- 30/07 : Rang N° 11 à 20
- 31/07 : Rang N° 21 à 30
- 01/08 : Rang N° 31 à 33 + Reports sélections antérieures à 2025 + ASHQ FPH
- 18/08 : Remontées liste complémentaire

2) Paiements

A prévoir paiement des frais d'inscriptions administratifs : **82,00 €**

**LES PAIEMENTS SE FERONT UNIQUEMENT PAR CARTE BLEUE**

**3<sup>EME</sup> ETAPE : Pré-rentrée : 20/08/2025 de 8h30 à 14h00 (présence obligatoire)**

Rentrée : **25/08/2025 à 7h30**

« Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »



Cofinancé par  
l'Union européenne

Instituts d'Etudes en Santé



Instituts de formation d'aides-soignants

## LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

**Du 29/07/2025 au 01/08/2025 (selon votre rang de classement)**

**de 8h00 à 12h00**

- 1  **Fiche d'inscription 2025-2026** (ci-joint)
- 2  **1 photo format identité en jpeg** à envoyer à l'adresse mail : **sec.ifas.fguyon@chu-reunion.fr** + **1 photo d'identité** (indiquez vos nom/prénom au dos, à coller ou insérer au format numérique, dans l'encadré prévu à cet effet sur la fiche d'inscription) ;
- 3  Photocopie du **passport** ou de la **carte d'identité nationale** (avec visa en cours de validité pour les étudiants étrangers) ;
- 4  **Photocopie de l'attestation de la sécurité sociale** ;
- 5  Si vous êtes inscrit(e) au **Pôle Emploi** fournir n° identifiant avec **l'attestation d'inscription + le dernier compte rendu d'entretien avec votre conseiller précisant votre souhait d'entreprendre une formation d'aide-soignant** ;
- 6  **1 Justificatif d'adresse** (facture EDF, EAU, à votre nom..., sinon : attestation s/honneur d'hébergement avec pièce d'identité de l'hébergeur + facture) ;
- 7  Photocopie de **TOUS les diplômes obtenus**  
Si vous détenez l'un des diplômes suivants (Bac ASSP, SAPAT, AES (réf 2016), AES (réf 2021), AP (réf 2006), AP (Réf 2021), AS (Ref. 2005), AS (Ref. 2021), ambulancier (Réf 2006), Assist. Régulation méd (ARM Ref 2019), ADVF, fiche parcours ASMS (Agent de Service Médico-social, AMP) veuillez adresser un courrier de demande de dispense des enseignements correspondant, au Directeur de l'IFAS concerné
- 8  **Attestation d'accord de financement** pour les promotionnaires (TRANSITIONS PRO, UNIFAF, ANFH, CHU...) ;
- 9  **1 RIB avec code IBAN** (à votre nom)
- 10  Si **handicap déclaré**, Attestation MDPH en cas de handicap reconnu
- 11  Extrait du **casier judiciaire n°3** de moins de 3 mois, faire la demande sur le site :  
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1420>
- 12  **Attestation responsabilité civile individuelle** (valable pour toute l'année scolaire 2025/2026) ;
- 13  **Certificat médical** (ci-joint) établi **obligatoirement** par un médecin agréé attestant que vous ne présentez pas de contre-indications physiques et psychologiques à l'exercice de la profession, merci de consulter la liste sur ce site : <https://www.lareunion.ars.sante.fr/obtenir-la-liste-des-medecins-agrees-4>
- 14  **Attestation d'immunisation et de vaccinations obligatoires**, remplie par votre médecin traitant (ci-joint)
- 15  **Attestation d'éligibilité du participant à l'opération FSE+** (imprimé ci-joint) **à compléter en manuscrit**
- 16  **Autorisation de publication des résultats DEETS** (imprimé ci-joint)
- 17  **Paiement à prévoir par carte bancaire uniquement** (droits de scolarité : **82,00€**)



Selon la situation du candidat, les pièces transmises dans le dossier lors de l'inscription au concours, devront être présentées lors de l'inscription et seront soumises à la **vérification des originaux** des diplômes ou titres.

« Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »



Cofinancé par  
l'Union européenne

Instituts d'Etudes en Santé



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE  
LA REUNION

Institut de formation d'aides-soignants  
CHU NORD REUNION



REGION REUNION  
www.regionreunion.com

## FICHE D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

1<sup>ère</sup> inscription  Redoublant  Report de scolarité  Autre.....

Dates de rentrée pour l'année scolaire 2025/2026 :

Pré-rentrée et accueil des élèves	Rentrée
Le 20 Août 2025 de 08h30 à 14h00	Le 25 Août 2025 à 07h30

Collez ou insérez ici  
une photo d'identité

### ÉTAT CIVIL

Madame  Monsieur

Nom patronymique (de naissance) : .....

Nom marital : .....

Prénoms : .....(dans l'ordre de l'état civil – pièce identité)

Date de naissance : ...../...../..... Département de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Téléphone portable : .....

Situation familiale :  Marié(e)/Pacsé(e)  Célibataire  Vie maritale  Divorcé(e)/séparé(e)  Veuf(ve)

N° MATRICULE POUR LES ASHQ :

Nationalité :  Française  Autre : .....

### GÉNÉRAL

N° SECURITE SOCIALE               -

#### RESIDENCE PENDANT LES ETUDES

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone fixe : .....

Email1 (attribué par l'institut) : .....@ies-reunion.fr

Email2 (perso à renseigner) : .....@.....

#### SITUATION AVANT L'ENTREE EN FORMATION

<input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle	<input type="checkbox"/> En activité professionnelle
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi : <input type="radio"/> Indemnisé <input type="radio"/> Non indemnisé N° d'identifiant France Travail : ..... Date d'inscription : ...../...../..... Agence : .....	Profession d'origine : ..... Employeur ..... Adresse:..... ..... Tel : ..... Code Postal : ..... Ville : .....
<input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Autre : Précisez.....	

#### SITUATION À L'ENTREE EN FORMATION

<input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle	<input type="checkbox"/> En activité professionnelle
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi inscrit à France Travail <input type="radio"/> Indemnisé <input type="radio"/> Non indemnisé <input type="checkbox"/> Aucune rémunération* * Les minimas sociaux ne sont pas considérés comme rémunération <input type="checkbox"/> Demande rémunération ASP <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Profession d'origine : ..... Employeur ..... Tél : ..... Adresse:..... Code Postal : ..... Ville : ..... SIRET employeur : ..... Organisme financeur : .....

« Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »

NIVEAU SCOLAIRE .....

**DIPLOMES**

DATE	DIPLÔME	SERIE	MENTION

**ACTIVITES PROFESSIONNELLES ANTERIEURES :**

DATE	METIER	EMPLOYEUR

**INSTITUTS DE FORMATION DEJA FREQUENTES :**

DATE	FORMATION	INSTITUT

**INFO. COMPLÉMENTAIRES**

Personne(s) à prévenir en cas d'accident :

NOM	PRÉNOM	TÉLÉPHONE	LIEN PARENTÉ

Enfant :  OUI *si oui, nombre* .....  NON

	NOM	PRENOM	PROFESSION
PÈRE			
MERE			

Permis :  OUI  NON

Véhicule :  Néant  Voiture  Motocyclette >=50cm<sup>3</sup>  Vélomoteur – Scooter <50cm<sup>3</sup>

Modèle : ..... Immatriculation : .....

**FINANCIER**

**Prise en charge des frais de scolarité :**

Conseil Régional  Paiement personnel  CPF  CIF  PPFPH  Autre (laquelle) .....

**COORDONNEES BANCAIRE A VOTRE NOM/PRENOM**

IBAN : ..... BIC : .....

**AUTRES INFORMATIONS**

**Handicap à déclarer :**  Oui\*  Non

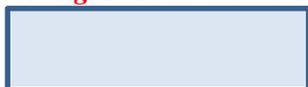
\*En cas de handicap déclaré fournir un certificat délivré par un médecin agréé de la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH) – N° vert : 0800000262 –Email : mdph974@mdph.re

Je soussigné(e), (Nom/Prénom) .....

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus et confirme mon acceptation pour intégrer l'IFAS du CHU de la Réunion site Félix Guyon pour l'année scolaire 2025/2026.

**Tout changement de situation doit être signalé au secrétariat.**

Signature de l'étudiant



Saint-Denis, le...../...../20..

« Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »



**PRESENTATION DEVANT LE JURY REGIONAL  
DELIBERATION DIPLOME D'ETAT**

IFSI NORD     IFSI SUD     IFAS NORD     IFAS SUD     IFAP  
 IFA     ESF     IFMK     IRIADE     IRIBODE

**INFORMATIONS ADMINISTRATIVES OBLIGATOIRES**

NOM : \_\_\_\_\_  
(de Jeune Fille suivi du nom d'épouse)

PRENOMS : \_\_\_\_\_  
(ordre de l'Etat Civil)

Date de Naissance : / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Ville de naissance : \_\_\_\_\_

N° du département de naissance: / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /

Adresse précise : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N° de téléphone (fixe/mobile): / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

J'autorise la publication de mes résultats au diplôme d'Etat sur le site internet de la DEETS :

OUI

NON

**Fait à**

**le**

**Signature**

**Veillez joindre à ce document la photocopie de votre carte d'identité ou passeport**  
(NB : Les permis de conduire ne sont pas acceptés)

« Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »



## ATTESTATION d'éligibilité du participant à l'opération FSE+ Priorité 7 du Programme FEDER FSE+REUNION 2021-2027

### Je sous-signé :

NOM (en capitales) : .....  
PRÉNOMS (en capitales) : .....  
Date de naissance : ..... (jj/mm/année)

### Participant de l'opération FSE+ :

n° SYNERGIE (ou portail Région) de l'opération si connu : .....

### Atteste les éléments suivants,

#### Au moment de mon entrée dans la formation suivante, soutenue par le FSE+ :

Date de l'entrée en formation : .....  
Nom de la formation : .....  
Nom de l'organisme de formation : .....

### Je suis :

[Cochez une seule des cases suivantes]

**1. en emploi, y compris indépendant.**

(Par exemple : personne salariée (congés compris), travailleur indépendant (artisan, commerçant, chef d'entreprise, exploitant agricole, auto-entrepreneur) ou professions libérales, y compris les emplois aidés, les emplois de courte durée et intérim, aide-familial, salariés en contrat d'insertion, salariés des ESAT, apprentis et alternants, etc ...)

**2. sans emploi, immédiatement disponible pour travailler (dans les 15 jours) et en recherche active d'emploi, inscrit(e) ou non auprès du service public de l'emploi.**

(Les participants qui sont inscrits comme demandeurs d'emploi auprès du service public de l'emploi doivent être considérés comme chômeurs quelle que soit leur catégorie (A, B, C), y compris donc les demandeurs d'emploi en activité réduite)

**3. ni en emploi, ni chômeur, c'est à dire que je suis indisponible pour travailler immédiatement ou en incapacité de rechercher un emploi.**

(Par exemple : en scolarité, étudiant(e) y compris en stage, stagiaire de la formation professionnelle, homme ou femme au foyer, en congé parental, problèmes de santé, personne sous main de justice, retraité(e), etc ...)

*Joindre une copie de pièce d'identité (Rappel : le service instructeur FSE+ Région peut demander, le cas échéant, toutes pièces complémentaires justifiant la situation du participant à l'entrée dans l'opération FSE+)*

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

[Ce projet est cofinancé / Cette formation est cofinancée / Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés] par l'Union européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds social européen plus (FSE+).

*Attestation d'éligibilité du participant FSE+ 2021-2027 – version d'avril 2023*

« Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »



Cofinancé par  
l'Union européenne

Instituts d'Etudes en Santé



Instituts de formation d'aides-soignants

## CERTIFICAT MEDICAL MEDECIN AGREE

Je soussigné(e) Docteur : .....certifie avoir  
examiné ce jour

Mr/Mme Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ à .....

inscrit(e) à..... du C.H.U Réunion et atteste qu'il/elle  
ne présente pas de contre-indications physiques et psychologiques à l'exercice de la profession  
.....

Fait à .....

Le .....

**Signature :**

**Cachet du Médecin**

« Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »

 <b>Cofinancé par l'Union européenne</b>	 <b>CHU</b> <small>CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE LA REUNION</small>	 <b>REGION REUNION</b> <small>www.regionreunion.com</small> 
<i>Instituts de formation d'aides-soignants</i>		

**Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires et recommandées  
pour les étudiants et élèves des professions de santé**

Je soussigné, Docteur<sup>1</sup>.....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Certifie que M. / Mme (Nom de jeune fille suivi du nom d'usage + prénom).....

Né(e) le...../...../..... à.....

**Est à jour des vaccinations suivantes obligatoires :**

- 1) **Hépatite B** (Arrêté du 02/08/2013 - voir algorithme ci-dessous). **3 injections au total** selon le schéma 0,1 mois et 6 mois après la première dose.  
**L'immunisation est OBLIGATOIRE afin de pouvoir débiter les stages. Un schéma accéléré peut être proposé afin de garantir l'immunisation avant le début du premier stage :** ENGERIX B20 3 doses en 21 jours (J0,J7,J21) suivies d'un rappel 12 mois après, indispensable pour obtenir une protection au long cours. Contrôle des anticorps 4 à 8 semaines après l'administration de la dose de rappel à 12 mois.

Résultats des dosages ( <b>OBLIGATOIRES</b> )	Date	
<b>Anticorps Anti-HBs</b> ..... UI / L et <b>Anticorps Anti-HBc</b> .....UI / L	..... .....	
<p><b>Si attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac Anti-HBs &gt; 100 UI/L :</b> sujet immunisé.</p> <p><b>Si concentration des anticorps Anti-HBs entre 10 et 100 UI/L et anticorps Anti-HBc non détectés :</b> sujet immunisé <u>si vaccination menée à terme (3 injections au total).</u></p> <p><b>Si concentration des anticorps Anti-HBs &lt; 10 UI/L et anticorps Anti-HBc non détectés :</b> réaliser une injection supplémentaire de vaccin contre l'hépatite B et effectuer un nouveau contrôle sérologique 4 à 8 semaines après l'injection (répéter ce schéma si besoin sans dépasser 6 injections au total).</p> <p>Après 6 doses, si la personne présente toujours un taux d'anticorps anti-HBs inférieur à 10 UI/L, elle est considérée comme « non répondeuse » à la vaccination.</p> <p><b>Si anticorps Anti-HBc détectés :</b> dosage des antigènes HBs et de l'ADN VHB.</p>		
Vaccination hépatite B	Date	N° de lot
1 <sup>ère</sup> dose : .....	.....	.....
2 <sup>ème</sup> dose : .....	.....	.....
3 <sup>ème</sup> dose : .....	.....	.....
4 <sup>ème</sup> dose : .....	.....	.....
5 <sup>ème</sup> dose : .....	.....	.....
6 <sup>ème</sup> dose : .....	.....	.....

<sup>1</sup> Votre médecin traitant ou le médecin de service de médecine préventive de votre employeur

2) **Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite** : 3 injections + rappel à l'âge de 6 ans, 11-13 ans, 25 ans et 45 ans.

**Pour les professionnels de santé, les rappels comportent la valence coquelucheuse (obligatoire).**

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° de lot
.....	.....	.....

3) **Rougeole, Oreillons, Rubéole** :

**Personnes nées depuis 1980** : rattrapage pour obtenir au total 2 doses de vaccin trivalent ROR (avec un délai de minimum 1 mois entre les doses), **quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.**

**Personnes nées avant 1980** : 1 dose de vaccin trivalent ROR au total si absence d'antécédent connu.

Nom du vaccin	Date	N° de lot
1ère dose ROR : .....	.....	.....
2ème dose ROR : .....	.....	.....

**A pris connaissance que les vaccinations suivantes sont recommandées :**

1) **Varicelle** : Contractée :  oui  non date : .....

2 injections espacées de 4 à 8 semaines (Varivax®) ou de 6 à 10 semaines (Varilrix®) en cas de personne sans antécédent de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative.

Nom du vaccin	Date	N° de lot
1ère dose : .....	.....	.....
2ème dose : .....	.....	.....

2) **Grippe saisonnière** :

Nom du vaccin	Date	N° de lot
.....	.....	.....

3) **COVID-19** :

Nom du vaccin	Date	N° de lot
1ère dose : .....	.....	.....
2ème dose : .....	.....	.....
3ème dose : .....	.....	.....
4ème dose : .....	.....	.....

**A pris connaissance que la réalisation d'un test IDR tous les 5 ans est recommandée :**

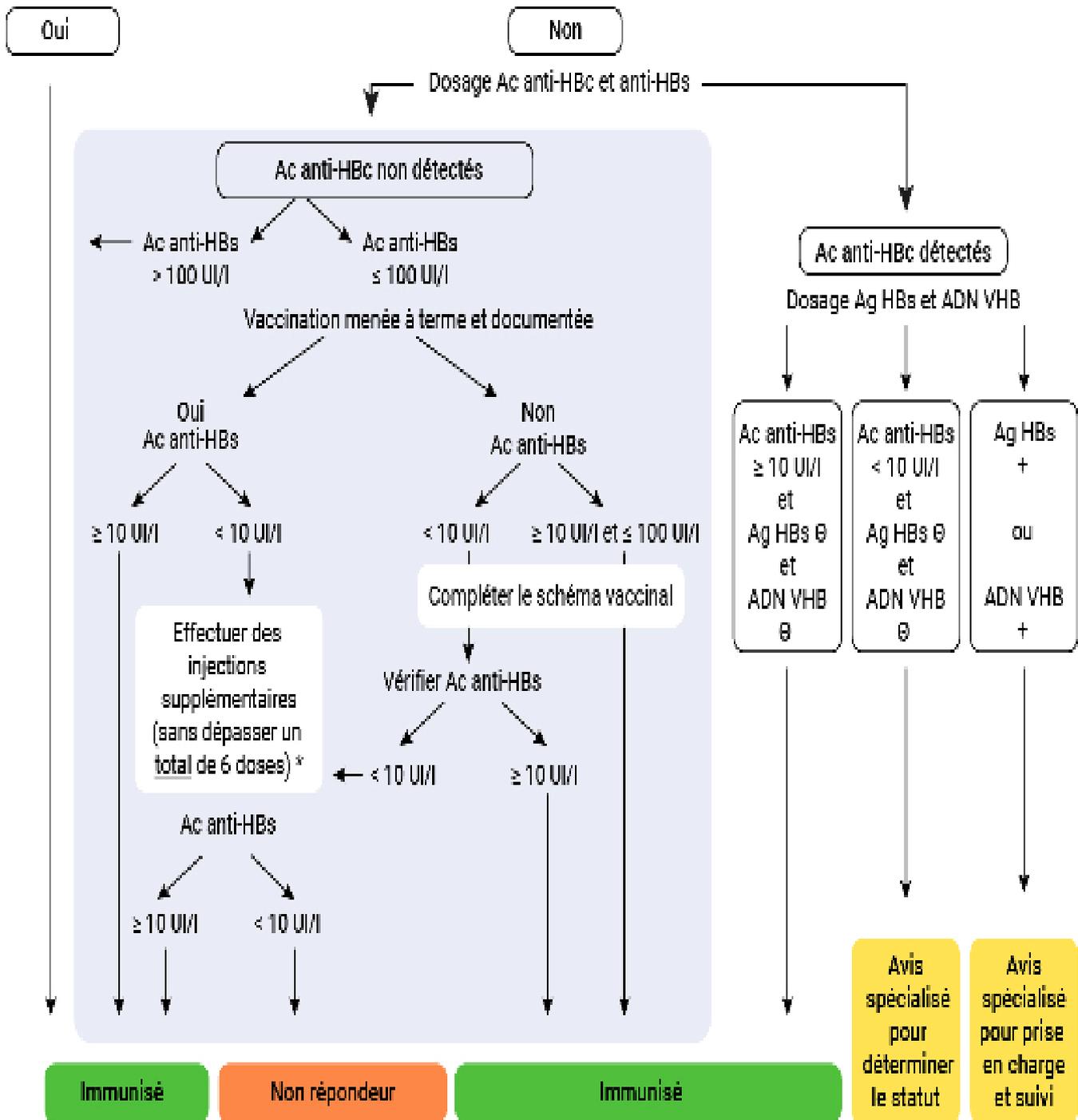
IDR	Date	Résultat
.....	.....	.....

Fait le ...../...../.....

Signature et cachet du Médecin

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013.

Attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac anti-HBs > 100 UI/l



Ac : anticorps - Ag : antigène - VHB : virus de l'hépatite B

\* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté.