

Chers futurs stagiaires,

Afin que votre stage dans notre établissement puisse avoir lieu dans de bonnes conditions, merci de nous retourner impérativement ces documents dûment remplis **AVANT** le début de votre stage.

D'avance, merci pour votre collaboration.

Nous vous envoyons, Madame, Monsieur, nos meilleurs messages.

Dr David CHABANEL
Médecin Chef
Médecin responsable Santé-Sécurité au Travail
HIB Payerne

Marlis Schwarzentrub
Khadiatou Diallo
Infirmières Santé-Sécurité au Travail
HIB Payerne

Pour toute question d'ordre médicale en relation avec ces formulaires, veuillez contacter les infirmières Santé-Sécurité au travail de l'HIB, Mmes Schwarzentrub ou Diallo, au numéro de tél : 026 662 81 20 et renvoyer les documents remplis, à l'adresse suivante : Santé-Sécurité au Travail, HIB, av de la Colline 5, 1530 Payerne ou sante.securite.travail@hibroye.ch

Madame, Monsieur,

Vous allez entrer prochainement à l' HIB pour un stage.

Votre école ne disposant pas d'un service de Santé-Sécurité au Travail, nous vous adressons un questionnaire concernant votre statut vaccinal.

Ce formulaire doit nous être retourné **avant** le début du stage, **accompagné d'une copie de votre carnet de vaccination**. Si vous avez perdu votre carnet de vaccination, veuillez contacter votre médecin traitant, afin de remplir ce questionnaire.

Pour votre protection, chaque stagiaire doit avoir eu 2 injections du vaccin contre l'hépatite B avant le début du stage.

Si vous ne le souhaitez pas, veuillez remplir la décharge, en annexe, et nous la retourner, signée avec les autres documents.

Attestation de vaccination :

- | | | | |
|--|-----|-----|-------------|
| 1. HBV (hépatite B) | oui | non | ne sais pas |
| 2. ROR (rougeole-oreillons-rubéole) | oui | non | ne sais pas |
| 3. Diteper(Diphtérie-tétanos-coqueluche) | oui | non | ne sait pas |

Je souhaite une consultation par la Santé-sécurité au Travail oui non

Date et lieu (service) de stage :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

No tél :

Adresse mail :

Date :.....

Signature :.....

Décharge

Je déclare renoncer à cette vaccination et décharge l'employeur susmentionné ou ses représentants de toute responsabilité, si je devais, au cours de mon travail à l' HIB, contracter une hépatite B.

Lu et approuvé :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Lieu : _____

Date : _____

Signature : _____

Dr David CHABANEL
Médecin chef
Médecin responsable Santé-Sécurité au Travail

Mme Marlis Schwarzentraub
Khadiatou Diallo
Infirmières SST

Infirmières Santé-Sécurité au Travail

HIB Site de Payerne

Av de la Colline 5

1530 Payerne

Téléphone : 026 662 81 20

Bip : 8120

mail : sante.securite.travail@hibroye.ch