

➤ **VACCINATIONS OBLIGATOIRES : Tableau à compléter**

VACCINS	Date injection	Date injection	Date injection	Date injection
BCG				
DT POLIO				
HEPATITE B (dosage taux d'anticorps anti HBs à fournir)				



ATTENTION : AUCUN DOSSIER NE SERA PRIS EN COMPTE SI LE TABLEAU CI-DESSUS N'EST PAS IMPERATIVEMENT ET CORRECTEMENT RENSEIGNE.

➤ **SITUATION FAMILIALE :**

Célibataire – marié – pacsé - veuf – séparé – divorcé – vivant maritalement (*rayez les mentions inutiles*)

Depuis le :

Enfants :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

-

-

-

➤ **SITUATION DU CONJOINT :**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Adresse de l'employeur :

➤ **DIPLOMES :**

Dernière classe suivie :

Diplômes avec date d'obtention :

➤ **PERMIS DE CONDUIRE :**

Etes-vous titulaire du permis de conduire : OUI - NON

➤ **SITUATION ACTUELLE :**

Etudiant

Demandeur d'emploi depuis le :

Emploi actuel :

depuis le ___/___/___

Nom et adresse de l'employeur :

➤ **MOTIF DE VOTRE DEMANDE D'EMPLOI :**

**L'intéressé(e) soussigné(e) certifie
l'exactitude des renseignements**

Fait à _____ **le** ___/___/___

Signature

Joindre :

- un curriculum vitae avec **dates précises** des emplois précédents
- un relevé d'identité bancaire ou postal (RIB)
- une photocopie de la carte de sécurité sociale (Carte Vitale)
- une photocopie de la carte d'identité
- **une attestation vaccinale à compléter par le médecin traitant et l'intéressé(e)**

Les demandeurs d'emploi saisonnier, pour les congés d'été devront, **au moment du dépôt du dossier, (soit le 18 avril 2021)**, être à jour des vaccinations obligatoires : diphtérie, tétanos, poliomyélite, B.CG. (tubertest) et **l'hépatite B.**

En l'absence de celle-ci, la candidature ne sera pas retenue.

Les remplaçants d'été qui postulent pour la première fois devront fournir un dosage du taux d'anticorps, anti HBs. Cette prise de sang devra être réalisée à distance d'au moins 4 à 6 semaines après la dernière injection.

Seules seront prises en compte les candidatures accompagnées de l'attestation vaccinale jointe au dossier, qui devra être dûment complétée par le médecin traitant et le demandeur d'emploi.

➤ Une fois complété ce dossier de candidature doit être remis **avant le 18 avril 2021** à l'adresse suivante :

MISSION LOCALE DU VELAY

Cité Négocia

2, rue Pierret

43000 LE PUY EN VELAY

Téléphone : [04 71 07 09 09](tel:0471070909)

N.B. :

Le dépôt d'une demande d'emploi n'implique pas obligatoirement le recrutement.

Le dossier de demande d'emploi complété n'engage pas l'établissement à donner une suite favorable à la candidature.

CONDITIONS DE RECRUTEMENT DES DEMANDEURS D'EMPLOI MESURES DE PRECAUTIONS

Nos Réf. :

- Avis du Médecin « Santé au travail »
- Avis favorable du CHSCT en date du 10 mai 2016
- Instruction N°DGS/R11/R12/2014/21 du 21 janvier 2014 relative aux modalités d'application de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du Code de la Santé Publique

ATTESTATION

*A compléter par le médecin traitant
et pour signatures (médecin traitant et demandeur d'emploi)*

Je soussigné(e), Docteur certifie que :

Madame :

Monsieur :

Est à jour des vaccinations obligatoires ci-après désignées selon les exigences réglementaires et les recommandations en vigueur et bien vouloir **cocher les cases correspondantes** :

Vaccinations obligatoires pour tous les demandeurs d'emploi quel que soit leur lieu d'affectation

Diphtérie – Tétanos – Polio (+ coqueluche recommandée)

BCG

Hépatite B

Selon le texte en vigueur depuis 2013 **une preuve d'immunité contre l'hépatite B, quel que soit le nombre de vaccinations effectuées, est indispensable** :

⇒ Si les anticorps anti HBs sont **supérieurs à 100**, le postulant est considéré comme immunisé

⇒ Si les anticorps sont **compris entre 10 et 100**, il faut effectuer un dosage d'anticorps anti HBc, qui doit être négatif

⇒ Si les anticorps anti HBs sont **inférieurs à 10**, le postulant ne pourra pas être admis à faire un remplacement au Centre Hospitalier Emile Roux. Il est considéré comme **non immunisé**

Le demandeur d'emploi,
NOM Prénom :
Date et signature

Le médecin traitant,
Date, signature et cachet

Tout dossier incomplet fera l'objet d'un rejet de la demande