

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](mailto: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 Schwarzentrub  
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](mailto:sante.securite.travail@hibroye.ch)