

LES STAGES DES ELEVES DES LYCEES PROFESSIONNELS

Le CHU Grenoble Alpes, conscient de l'importance de recevoir en stage les élèves des lycées professionnels se destinant aux métiers de la santé, leur ouvre ses portes. Cela répond à la fois aux besoins de formation de ces élèves et aussi à l'intérêt de faire connaître notre établissement.

Pour autant, nos capacités d'accueil sont limitées car nous recevons aussi beaucoup de stagiaires provenant des écoles préparant à une profession médicale ou paramédicale.

Pour mieux vous accueillir, nous avons défini certains critères de sélection. Ainsi la priorité est donnée aux élèves de l'Isère âgés d'au moins 17 ans au moment du stage.

Attention ! Ne pas prendre contact directement avec le cadre de santé de la clinique ou du secteur souhaité sans adresser parallèlement le double de votre demande (lettre de motivation et CV par mail à :

✉ SecretariatDirSoins@chu-grenoble.fr

Lorsque vous avez l'accord pour faire votre stage au CHU, vous devez adresser par mail en 1 seul envoi, au moins 1 mois avant le début de votre stage :

- Votre convention de stage **non rémunéré**, signée par votre lycée et vous-même,
- Votre attestation de responsabilité civile,
- Le certificat médical de non contagiosité, et la synthèse des vaccinations exigées (*cf. pages ci-après*), à :

✉ SecretariatDirSoins@chu-grenoble.fr

Tout dossier incomplet sera refusé, sans étude de la demande.

RAPPEL : le stage ne pourra débuter que lorsque votre convention aura été signée par le Directeur Coordonnateur Général des Soins.



PIECES JUSTIFICATIVES EXIGÉES AVEC LA CONVENTION DE STAGE

1 - Attestation de **Responsabilité Civile** couvrant la période du stage.

Cas particulier d'un **stage pour le certificat de prélèvements sanguins** : attestation de **Responsabilité Civile** où est mentionné « **pour effectuer des actes professionnels** ».

2- **Certificat de non contagion** (datant de moins de 3 mois) et **Synthèse des vaccinations exigées (en annexe)** - à faire remplir par un médecin

3- **Convention de stage signée** par le/la futur(e) stagiaire et l'organisme de formation (ou l'établissement employeur)

Les documents sont à adresser par mail, en un seul envoi, à : Secretariatdirsoins@chu-grenoble.fr

La convention et les pièces justificatives doivent parvenir à la Direction des Soins au moins 1 MOIS avant le début du stage.

RAPPEL : le stage ne pourra débuter que lorsque la convention aura été signée par le Directeur Coordonnateur Général des Soins du CHUGA.



**ANNEXE : CERTIFICAT DE NON CONTAGIOSITE ET SYNTHESE DES VACCINATIONS
A FOURNIR AVEC LA CONVENTION DE STAGE (établi par un médecin)**

Je soussigné(e) Dr

Certifie qu'après avoir examiné Monsieur/Madame

né(e) le / /

celui-ci (celle-ci) ne présente à ce jour ni contre-indication à la vie en collectivité, ni signe d'affection contagieuse évolutive cliniquement décelable.

Je m'engage aussi à remplir avec précision le tableau suivant :

Vaccinations pour tous	A JOUR	Date
Covid 19 (Pass sanitaire)		Date du vaccin ou de la maladie
	1 ^{ère} injection <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	2 ^{ème} injection <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	3 ^{ème} injection <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
ou	Certificat médical de contre-indication (à joindre)	
DTPCoq	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
ROR	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du vaccin (*) ou de la maladie: / /
	(*) 1 ^{ère} injection <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	(*) 2 ^{ème} injection <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
BCG	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Tubertest Ou IGRA (quantiféron) (moins de 3 mois)	Résultat Tubertest : Ou Résultat IGRA :	
Vaccinations selon conditions	A JOUR	Date
Hépatite B (sauf pour les stages administratifs, en crèche et en diététique)	1 ^{ère} injection <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	2 ^{ème} injection <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	3 ^{ème} injection <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Autres injections :	
	Préciser la valeur des AC anti-Hbs AC anti-HBs	
Grippe (recommandée en période hivernale - de novembre à fin janvier)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du vaccin ou de la maladie : / /

Fait à Signature et cachet

Le / /