**ATTESTATION DE SUIVI DE LA FORMATION COMPLÉMENTAIRE AUX ACTES ET ACTIVITÉS DÉFINIS AU B DU 1° DE L’ARTICLE R. 4311-11-1 DE CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

Attestation de formation aux actes et activités définis au b du 1o de l’article R. 4311-11-1 de code de la sante publiqueVu le code de la santé publique, notamment son article R. 4311-11-1 ;  
Vu le décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des  
infirmiers de bloc opératoire ;  
Vu le décret modifié n° 2019-678 du 28 juin 2019 relatif aux conditions de réalisation de certains actes  
professionnels en bloc opératoire par les infirmiers et portant report d’entrée en vigueur de dispositions transitoires  
sur les infirmiers de bloc opératoire ;  
Vu l’arrêté modifié du 31 juillet 2019 relatif à l’organisation d’une épreuve de vérification des connaissances  
pour la réalisation de certains actes professionnels en bloc opératoire par les infirmiers ;

Je soussigné(e)…………………………………………………….………. Directeur/directrice de l’école d’infirmiers de bloc opératoire,  
Atteste que Mme /M. ………………………………………………………..….., infirmier/infirmière,  
Né(e) le ………….

* a suivi la formation prévue à l’article 2 du décret n° 2019-678 du 28 juin 2019 relatif aux conditions de  
  réalisation de certains actes professionnels en bloc opératoire par les infirmiers et portant report d’entrée en  
  vigueur de dispositions transitoires sur les infirmiers de bloc opératoire et à l’annexe 4 de l’arrêté modifié du  
  31 juillet 2019 relatif à la formation complémentaire pour la réalisation de certains actes professionnels en  
  bloc opératoire par les infirmiers prévue par le décret n° 2019-678 du 28 juin 2019 relatif aux conditions de  
  réalisation de certains actes professionnels en bloc opératoire par les infirmiers et portant report d’entrée en  
  vigueur de dispositions transitoires sur les infirmiers de bloc opératoire ;
* est en capacité d’exercer les actes et activités définis au b du 1° l’article R. 4311-11-1 du code de la santé  
  publique.

Fait le ................................................................................., à ..................................................................................

Signature et Cachet de l’établissement :