

**DOSSIER DE DEMANDE DE LABELISATION**

**Centre de vaccination**

**Informations à fournir dans les dossiers accompagnant les demandes d’habilitation comme centre de vaccination**

*Tout organisme énuméré à l’article D. 3111-22 du code de la santé publique et candidat à une habilitation pour constituer un centre de vaccination adresse sa demande d’habilitation à la directrice générale de l’agence régionale de santé de la région où le centre sera situé, en application de l’article D.3111-23 du même code. (****Arrêté du 19 décembre 2005 fixant le contenu des dossiers accompagnant les demandes d'habilitation)***

Le responsable de l’organisme gestionnaire adresse au plus tard **le 31 juillet 2025 – minuit** le présent dossier.

Il doit fournir également :

* Un document technique détaillant l’organisation du centre, les moyens humains et matériels mobilisés, ainsi que les stratégies envisagées pour améliorer la couverture vaccinale
* Une présentation de l’expérience du candidat
* Une proposition financière précisant le budget prévisionnel et le modèle économique du centre
* Une attestation de conformité avec les obligations réglementaires et légales
* Les pièces justificatives afférentes

Ces documents sont à adresser par voie électronique à la délégation départementale territorialement compétente à l’adresse ci-dessous :

**ars-dt74-prevention-promotion-sante@ars.sante.fr**

# Partie 1 – Etablissement ou organisme demandeur

* Dénomination :
* Adresse du siège :
* Forme juridique : *(Cochez la case correspondante)* :

**🞎** Etablissements de santé

**🞎** Centres de santé mentionnés à l’article L. 6323-1

* Nom et qualité de la personne responsable de la structure :
* Nom et Prénom :
* Qualité :
* Téléphone :
* Courriel :

# Partie 2 - Caractéristiques du centre pour lequel l'habilitation est demandée

1. **Dispositions générales**
* Adresse(s) du (des) lieu(x) d'implantation :
* Transports en commun le(s) desservant :
* Antennes mobiles (nombre et description) :
1. **Personnels (nombre, ETP, qualification, expérience)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TYPE DE PROFESSIONNELS | NOM ET QUALITE | FORMATION, EXPERIENCE | ETP |
| Médecin |  |  |  |
| Pharmacien |  |  |  |
| Infirmier diplômé d’Etat |  |  |  |
| Secrétaire |  |  |  |
| Personnel d’accueil |  |  |  |
| Autres (à préciser) |  |  |  |

Formation spécifique adaptée aux missions du centre :

1. **Locaux et matériels**
* Description des locaux (joindre un plan ou un schéma)
* Description des conditions d'accès (à l'extérieur et à l'intérieur)
* Matériel (liste et description)
* Moyens de secours :
1. **Conditions de fonctionnement**

**Conditions générales**

Horaires d'ouverture :

Horaires des consultations :

Permanence téléphonique :

Conditions de conservation des dossiers médicaux :

Moyens utilisés pour garantir le respect des règles d'hygiène :

Conditions de conservation des médicaments ou des vaccins :

Temps de présence du pharmacien :

Modalités d'élimination des déchets d'activité de soins :

**Conditions spécifiques à certaines activités**

Garantie de la traçabilité (tenue du registre)

1. **Actions d’information et de prévention (individuelles et collectives) prévues**
2. **Conventions de partenariat prévues**

Fait à ……………………………., le ………………………….

Le responsable de l’organisme gestionnaire

(Nom – prénom – qualité)

Signature