



Institut de Formation en Soins Infirmiers  
Institut de Formation pour les Aides-Soignants

4 rue de l'ancien calvaire BP 145  
62604 BERCK SUR MER Cedex  
03 21 09 05 47-secretariat@ifsi-berck.fr

## ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Je, soussigné(e) Dr ..... certifie que :

M/Mme Nom : .....Prénom : .....

Né(e) le : .....

- Candidate(e) à l'inscription à (barrer les mentions inutiles) :

⇒ IDE

⇒ AS

- Etudiant(e) IDE 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> année

A été vacciné(e) :

### Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :

Nature de la vaccination		Dernier vaccin effectué
DTP	<input type="checkbox"/>	Date :
DTCP	<input type="checkbox"/>	N° Lot :

**Par le BCG : non obligatoire** (Décret n°2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG modifié par Décret n°2019-149 du 27 février 2019 )

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date (dernier vaccin) :	N° Lot :
IDR à la tuberculine	Date :	Résultat ( <i>en mm</i> ) :

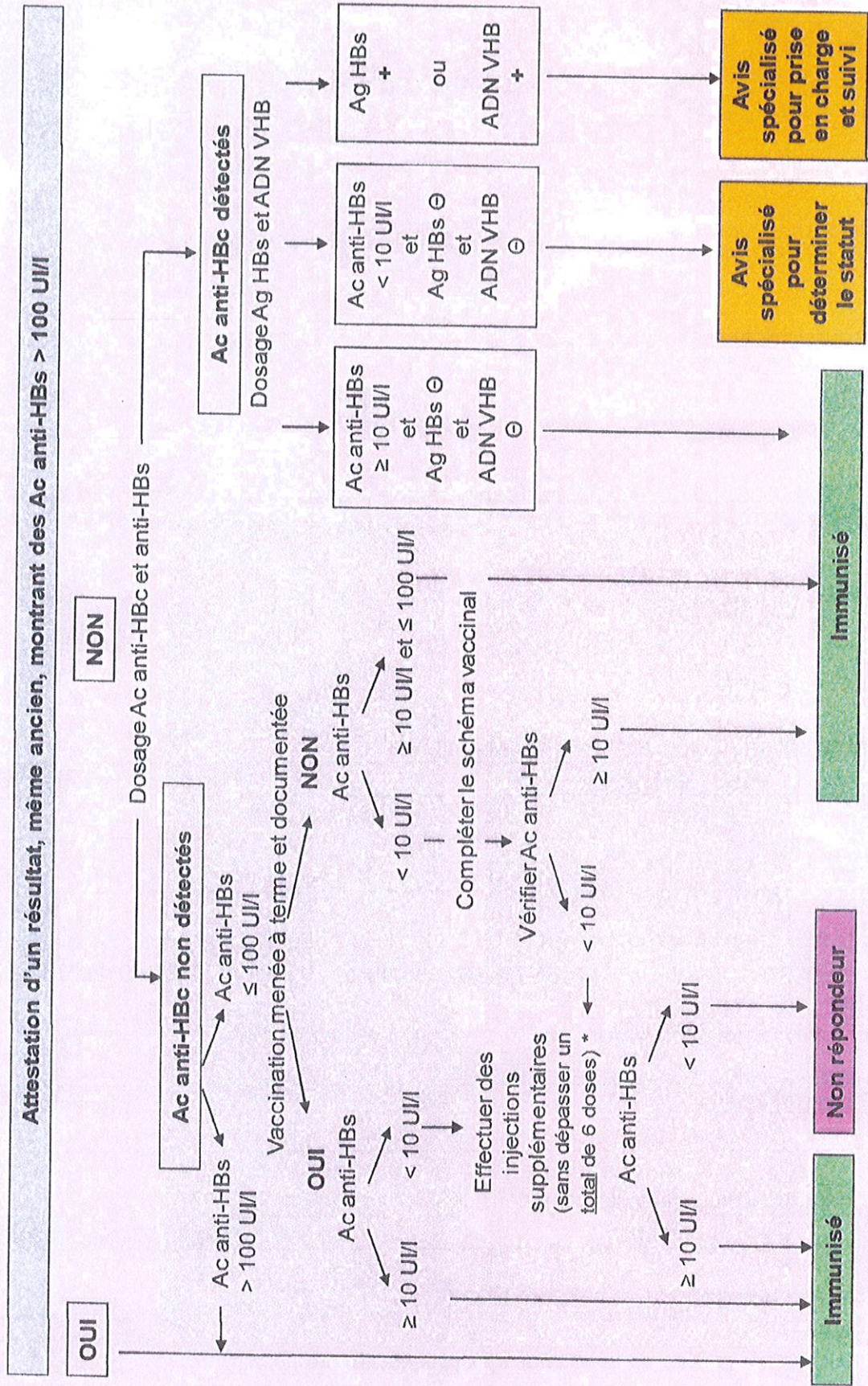
### Contre l'hépatite B, selon les conditions définies au verso

Hépatite B		Dernier vaccin effectué
Ac anti HBs>100	<input type="checkbox"/>	Date :
10<Ac anti HBs<100	<input type="checkbox"/>	

Signature et cachet du médecin



Algorithme pour le contrôle de l'immunisation des professionnels de santé



\* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B