

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION
ET DE VACCINATIONS
POUR L'INSCRIPTION DES ETUDIANTS EN SANTE

Nom : Prénom :
Date de naissance :

Formation : IDE 1^{ère} année 2^{ème} année 3^{ème} année Elève aide-soignant

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

IDR (intradermoréaction à la tuberculine)

	Dernier vaccin effectué
Taille de l'induration en mm :	Date :
Si négatif pas de revaccination	

Diphtérie, tétanos et poliomyélite

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

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"/>	

VACCINATIONS RECOMMANDEES

BCG (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 :
----------------------------------	-------------------------	----------

ROR

1 ^{ère} dose	Date :	N° Lot :
2 ^{ème} dose	Date :	N° lot :

VARICELLE

Si sérologie négative :		
1 ^{ère} dose	Date :	N° Lot :
2 ^{ème} dose	Date :	N° lot :

Δ Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations OBLIGATOIRES, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage.

Je, soussigné(e) Docteur certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le

Signature et cachet du médecin