

NOM

PRENOM

Date de naissance

A faire remplir par le médecin traitant

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

(Code de la santé publique : Articles R.3112-1, R.3112-2 et L.3111-4 et Arrêté du 2 août 2013 – bulletin officiel, Décret du 1er mars 2019 (BCG ne sera plus exigé lors de la formation ou de l'embauche dès le 1er avril 2019).

TYPES DE VACCINATIONS	NOM VACCIN	DATES	CACHET SIGNATURE	
BCG si vaccination antérieure ou cicatrice vaccinale (non obligatoire)	1 ^{ère} vaccination :	:		
	2 ^{ème} vaccination :	:		
TUBERTEST (obligatoire) (de moins de 6 mois au jour de la rentrée)	date :			
	Lecture (en mm obligatoire)	mm		
DIPHTERIE - TETANOS - POLIO COQUELUCHE (obligatoire)	rappel à 6 ans :	:		
	rappel à 11-13 ans :	:		
	rappel à 25 ans :	:		
HEPATITE VIRALE B (3 injections obligatoires) M0 – M1 – M6 PAS DE SCHEMA ACCELERE	1 ^{ère} injection :	:		
	2 ^{ème} injection :	:		
	3 ^{ème} injection :	:		
Sérologie OBLIGATOIRE : Ac anti HBs Ac anti HBc et Ag HBs 2 mois après la 3 ^{ème} injection	date :			
	Ac anti HBs	Ac anti HBc		Ag HBs
ROUGEOLE-OREILLONS-RUBEOLE (2 doses si naissance après 1980 sinon au moins 1 injection) (recommandé)	1 ^{ère} injection :	:		
	2 ^{ème} injection :	:		
COVID (selon législation en vigueur) recommandé avant l'entrée en formation	date maladie	1.....	2.....	3.....
	1 ^{ère} injection :	:		
	2 ^{ème} injection :	:		
	3 ^{ème} injection :	:		

CADRE RESERVE AU MEDECIN AGREE

Je, soussignée, Docteur **médecin agréé(e)**, atteste que l'étudiant(e) susnommé(e) ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession.

Date

signature et cachet