

**ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES**

Je, soussigné(e) Dr \_\_\_\_\_ certifie que

M / Mme :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_,

candidat(e) à l'inscription de la formation **d'INFIRMIER(E) / d'AIDE-SOIGNANTE**, a été vacciné(e) :

- **Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

Dernier Rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- **Contre la fièvre typhoïde** depuis moins de 3 ans (*pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination dans un laboratoire de biologie médicale, i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles*) :  
**Etudiants infirmiers et élèves aides-soignants non concernés.**

Nom du vaccin	Date	N° lot

- **Contre l'hépatite B**, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme (*raier les mentions inutiles*) :
  - immunisé(e) contre l'hépatite B :      oui      non
  - non répondeur(se) à la vaccination :      oui      non

- **Par le BCG** (*recommandé pour les infirmiers et aides-soignants*) :

Nom du vaccin	Date (dernier vaccin)	N° lot
<b>IDR à la tuberculine</b>	<b>date</b>	<b>Résultat (en mm)</b>

- **Par la rougeole** (*recommandé pour les infirmiers et aides-soignants*) :

Nom du vaccin	Date	N° lot

Date : \_\_\_\_\_ Signature du médecin \_\_\_\_\_ cachet du médecin \_\_\_\_\_

**Nota bene :** Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.