

Je, soussigné(e), Docteur certifie que :

Nom : Prénom : Née le

A été vacciné(e) :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES					
Diphtérie-Tétanos-Polio et/ou Coqueluche (dernier rappel effectué)					
Vaccination anti SARS-COV 2		1 ^{ère} dose		2 ^{ème} dose	
Dose de rappel					
Dates d'infection à la COVID (justificatif)					
Date des différents vaccins contre l'hépatite B reçus (conformément à l'arrêté de 2013) (Vaccination menée à son terme)					
1 ^{ère} dose		2 ^{ème} dose		3 ^{ème} dose	
Sérologie Hépatite Virale B (Attention résultats chiffrés)					
Taux d'Anticorps anti HBs : Immunité acquise si Taux > 100UI/L Sinon faire une 4 ^{ème} injection			Date :		
Antigène HBs : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif			Anticorps Anti HBc : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif		
VACCINATIONS RECOMMANDÉES					
R.O.R. (Rougeole-Oreillons-Rubéole : 2 doses)		1 ^{ère} dose		2 ^{ème} dose	
Résultats de l'intradermo réaction de moins de 1 an (sauf contre-indications) Ou du test Quantiféron					
Date(s) BCG :					
Date de lecture IDR :			Résultats IDR : _____ mm		
Date du test Quantiféron :					
Date	Nom et Prénom du Médecin		Tampon du Médecin		