

Certificat médical d'immunisation et de

Vaccinations obligatoires (à fournir pour toute demande de stages hospitaliers en unités de soins, en services médico-techniques et secrétariats médicaux)

Je, soussigné(e), Docteur		certifie que :
Nom:	Prénom :	né€ le :
A été vacciné(e) :		
Contre la dip (cf. calendrier	htérie, le tétanos, la poli vaccinal 2014 aux rappels	omyélite (ou DTPCoq) à 25, 45, 65 ans)
	Dernier Rappel effectu	
Nom du vaccin	Date	N° lot
≻ <u>Contre l'h</u>	lépatite B : vaccination : ticle 3 de l'arrêté du 2 août	nenée à son terme
	Dates	
1 ^{er} injection		
2 ^{ème} injection		
3 ^{ème} injection		
Dernière sérologie complète réa		
	Hbs:	
Antigène Hbs:	والمنطقة محمدة متواجعة ومعملية ومهمينة فلمستسقح بنا التعارف بن بدائنا فلمستردة ومناسبة والمستبدة أستوادة والمجاورة ومعمدة	i englis o alla les de l'Inglishe (innel somal anné soma l'omposit endus propiesse l'omposition à 1 sept de la
Anticorps Anti Hbc :		
	> Par le BCG	
Vaccin intradermiqu	e Date	Nic 1_1
ou Monovax ®	(dernier va	ccin) N° lot
1 IDR (même ancienn	ne)	Résultats :mm
Test Quantiferon (évent	tuel)	Résultats :
Date :		

Signature et cachet du médecin:

Nota bene : selon le calendrier vaccinal en vigueur, il est par ailleurs recommandé d'être vacciné contre la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière ou les contrôles d'immunité sont à fournir contre la rougeole et la varicelle.