

Je, soussigné(e), Docteur..... certifie que :

Nom : ..... Prénom : ..... né(e) le : .....

A été vacciné(e) :

- **Contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (ou DTPCoq)**  
(cf. calendrier vaccinal 2014 aux rappels à 25, 45, 65 ans)

Dernier Rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- **Contre l'hépatite B : vaccination menée à son terme**  
(article 3 de l'arrêté du 2 août 2013)

	Dates
1 <sup>er</sup> injection	
2 <sup>ème</sup> injection	
3 <sup>ème</sup> injection	

Dernière sérologie complète réalisée le .....

Résultats chiffrés Anticorps Anti Hbs : .....  
(Anticorps Anti Hbs > 100 UI/L : immunité acquise).

Antigène Hbs : .....

Anticorps Anti Hbc : .....

- **Par le BCG**

Vaccin intradermique ou Monovax ®	Date (dernier vaccin)	N° lot
<b>1 IDR (même ancienne)</b>		<b>Résultats : .....mm</b>
<b>Test Quantiferon (éventuel)</b>		<b>Résultats : .....</b>

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.