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

Nom : ..... Prénom : .....Née le .....

A été vacciné(e) :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES					
Diphtérie-Tétanos-Polio					
Date des différents vaccins contre l'hépatite B reçus (conformément à l'arrêté de 2013) (Vaccination menée à son terme)					
1ère dose		2ème dose		3ème dose	
Sérologie Hépatite Virale B (Attention résultats chiffrés)					
Taux d'Anticorps anti HBs : Immunité acquise si Taux > 100UI/L Sinon faire une 4ème injection			Date :		
Antigène HBs : ☐ Négatif ☐ Positif			Anticorps Anti HBc : ☐ Négatif ☐ Positif		

VACCINATIONS RECOMMANDÉES		
R.O.R. (Rougeole-Oreillons-Rubéole : 2 doses)	1ère dose	2ème 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