

Je, soussigné(e), Docteur certifie que :

Nom : Prénom : Né(e) le

A été vacciné(e) :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES					
Diphtérie-Tétanos-Polio (dernier rappel effectué)					
Coqueluche (seulement Auxiliaire de Puériculture)					
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 : ☐ Négatif ☐ Positif			Anticorps Anti HBc : ☐ Négatif ☐ 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