

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)						
1 <sup>ère</sup> dose		2 <sup>ème</sup> dose		3 <sup>ème</sup> dose		
Sérologie Hépatite Virale B (Attention résultats chiffrés)						
Taux d'Anticorps anti HBs :			Date :			
Immunité acquise si T Sinon faire une 4 <sup>ème</sup> ir						
Antigène HBs :			Anticorps Anti HBc :			
☐ Négatif ☐ Positif			☐ Négatif ☐ Positif			
VACCINATIONS RECOMMANDÉES						
			1 <sup>ère</sup> dose			2 <sup>ème</sup> dose
R.O.R. (Rougeole-Oreillons-Rubéole : 2 doses)						
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 Méd		du Méd	ecin

IFSS & CFA Seltzer
Fondation Edith Seltzer | 118 route de Grenoble 05107 Briançon ifss@fondationseltzer.fr | Tél 04 92 25 31 31 www.fondationseltzer.fr | in n°siret : 782 424 85700038

RÉGION SUD PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR