

Je, soussigné(e), Docteur certifie que :

Nom : Prénom : Née le

A été vacciné(e) :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES					
Diphtérie-Tétanos-Polio					
R.O.R. (Rougeole-Oreillons-Rubéole : 2 doses)			1 ^{ère} dose	2 ^{ème} dose	
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 RECOMMANDEES					
Coqueluche (Date) :					
BCG (Date) :					
Date	Nom et Prénom du Médecin			Tampon du Médecin	