

**Attestation médicale
d'immunisation et de vaccinations obligatoires**

Dr Nom Prénom
Titre et qualification
Adresse
Téléphone

Lieu, date

Je, soussigné(e) Dr _____, certifie que M / Me
Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le _____

- Candidat(e) à l'inscription à (*entourer la filière choisie*) :

- professions médicales et pharmaceutiques : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme ou pharmacien ;
- autres professions de santé : aide-soignant, ambulancier, auxiliaire de puériculture, infirmier, infirmier spécialisé, manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, technicien en analyses biomédicales.

a été vacciné(e) :

- **Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

Dernier Rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- **Contre la fièvre typhoïde** depuis moins de 3 ans (*pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination dans un laboratoire de biologie médicale, i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles*) :

Nom du vaccin	Date	N° lot

- **Contre l'hépatite B**, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme (*razer les mentions inutiles*) :

- immunisé(e) contre l'hépatite B : oui non
- non répondeur(se) à la vaccination : oui non

- **Par le BCG** (*obligatoire aussi pour d'autres filières d'études*) :

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date (dernier vaccin)	N° lot
IDR à la tuberculine	date	Résultat (<i>en mm</i>)

Signature et cachet du médecin

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.