

**INSTITUT DE FORMATION D'AUXILIAIRE DE PUERICULTURE**  
**RENTREE SEPTEMBRE 2025****CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATION**NOM : .....

Prénom : .....

**Vaccinations obligatoires****● Hépatite B :**

Selon les conditions définies par l'arrêté du 22 février 2018 abrogeant l'arrêté du 2 mars 2017 suspendant les annexes I et II de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique.

- Immunisé(e) à ce jour contre l'hépatite B :    oui    non
- Non répondeur (se) à la vaccination :    oui    non
  - Date de la sérologie : .....
  - Résultat de la sérologie : .....

Nom du vaccin	Dates	N° lot
	1 <sup>ère</sup> injection :  2 <sup>ème</sup> injection :  3 <sup>ème</sup> injection :	

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

Dernier Rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N°lot

**Vaccinations recommandées**● **BCG :**

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

● **Coqueluche**

<b>Nom du vaccin</b>	<b>Date (dernier vaccin)</b>	<b>N°lot</b>

● **ROR**

<b>Nom du vaccin</b>	<b>Date (dernier vaccin)</b>	<b>N°lot</b>

● **Contre la varicelle :**

<b>Nom du vaccin (ou maladie)</b>	<b>Date (dernier vaccin)</b>	<b>N°lot</b>

Cachet du Médecin et Signature :

.....

Le .....

Fait à