

INSTITUT DE FORMATION D'AIDE-SOIGNANT
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 ^{ère} injection : 2 ^{ème} injection : 3 ^{ème} injection :	

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

Dernier Rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N°lot

Vaccinations recommandées● **BCG :**

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

● **Coqueluche**

Nom du vaccin	Date (dernier vaccin)	N°lot

● **ROR**

Nom du vaccin	Date (dernier vaccin)	N°lot

● **Contre la varicelle :**

Nom du vaccin (ou maladie)	Date (dernier vaccin)	N°lot

Cachet du Médecin et Signature :

.....

Le

Fait à