



INSTITUT DE FORMATION D'AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

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

A.C.P.P.A.V.

Centre "Jean BRUDON" (siège social)
Le Technoparc - 14 rue Gustave Eiffel
78306 POISSY Cedex
Tél. : 01.39.22.10.60 - Fax : 01.39.22.10.50
SIRET : 78515061600049

Centre Hoche
25 rue Hoche
91260 JUVISY-SUR-ORGE
Tél. : 01.69.21.92.16 - Fax : 01.69.21.90.55
SIRET : 78515061600056



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 :

Fait à

Le

A.C.P.P.A.V.

Centre "Jean BRUDON" (siège social)
Le Technoparc - 14 rue Gustave Eiffel
78306 POISSY Cedex
Tél. : 01.39.22.10.60 - Fax : 01.39.22.10.50
SIRET : 78515061600049

Centre Hoche
25 rue Hoche
91260 JUVISY-SUR-ORGE
Tél. : 01.69.21.92.16 - Fax : 01.69.21.90.55
SIRET : 78515061600056