

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS

Pour répondre à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation de
professionnels de santé en France

Je soussigné(e), Docteur....., médecin agréé certifie
que M.....

◆ a été vacciné(e) par le B.C.G. (noter les dates et les numéros de lots)

1^{ère} injection.....dernier rappel :

et contrôlé(e) il y a moins de 3 mois par IDR

Préciser la date et le résultat.....(1)

(1) En application du décret N° 96-775 du 5 septembre 1996

◆ a été vacciné(e) contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite

	VACCINATIONS		RAPPELS	
	Date	N° de lot	Date	N° de lot
1 ^{er} injection				
2 ^{ème} injection				
3 ^{ème} injection				

◆ a été vacciné(e) contre l'hépatite B : Une attestation médicale indiquant la date et le résultat du contrôle du taux des anticorps anti HBS doit compléter l'attestation médicale des personnes vaccinées après l'âge de 25 ans (arrêté du 26 avril 1999).

	VACCINATIONS		RAPPELS	
	Date	N° de lot	Date	N° de lot
1 ^{er} injection				
2 ^{ème} injection				
3 ^{ème} injection				

◆ Dosage anticorps HBS : date..... taux.....

Fait à..... le.....*

cachet et signature du médecin

N.B. : pensez à vous présenter chez le médecin avec votre carnet de santé

* Daté de moins de 3 mois