



Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires

Je, soussigné(e) Dr,
Adresse.....
Téléphone.....

Certifie que M / Me

Nom : Prénom :Né(e) le

- Candidat(e) à l'inscription en formation **d'auxiliaire de puériculture**,

à été vacciné(e) :

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

Dernier Rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

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

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

Dates et résultats des sérologies	Date de la revaccination de l'hépatite B



- **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 (en mm)

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.

ROR	Date :
Coqueluche	Date:
Varicelle (si non immunisé)	Date:
Autre :.....	Date:

Radiographie pulmonaire :

- La radiographie pulmonaire de l'intéressée ne présente pas d'anomalie
- La radiographie pulmonaire de l'intéressée présente une anomalie pouvant être une contre indication à la réalisation de stages hospitaliers et extrahospitaliers.

Certificat fait à la demande de l'intéressé(e).

Signature et cachet du médecin :

Fait à

Le