

CERTIFICAT DE VACCINATION

Vaccinations obligatoires pour l'entrée en formation

A faire compléter par votre médecin traitant

Date limite de rendu : le jour de la rentrée

Je soussigné, Docteur _____

certifie que Mme, Mr _____

né(e) le _____

est à jour de ses vaccinations contre :

→ Le Tétanos, la Polio et la Diphtérie : Oui Non

→ L'Hépatite B : Oui Non

Si non, vaccination en cours : Oui Non

Date prévue de la dernière injection du schéma vaccinal :

→ Test tuberculinique mesuré en mm : mm

A été informé(e) des vaccinations recommandées en milieu de soins (coqueluche, rougeole, rubéole, oreillons, varicelle, COVID-19)

Oui Non

Au vu de ces conditions de vaccinations obligatoires, l'élève est autorisé à débiter son parcours de stage

Oui Non

Fait à _____ le _____

Cachet du médecin

Signature du médecin

❖ **Le montant de la consultation est à la charge de l'élève.**