

**ATTESTATION MEDICALE**

**En référence à l'arrêté du 06 Mars 2007 et du 02 Août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3.111-4 du code de la santé publique**

Je soussigné(e) : ..... Docteur en médecine,  
certifie que :

Nom : .....

Nom de jeune fille (obligatoire pour les femmes mariées) : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

En Formation :  Infirmier de .....année d'études  
 Aide-Soignant

**A été vacciné(e) :**

● Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :

**OBLIGATOIRE POUR LA FORMATION D'AUXILIAIRE DE PUERICULTURE**

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

**OBLIGATOIRE POUR LA FORMATION D'AUXILIAIRE DE PUERICULTURE**

(rayer les mentions inutiles) :

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

● Par le BCG :

**OBLIGATOIRE POUR LA FORMATION D'AUXILIAIRE DE PUERICULTURE**

Vaccin intradermique ou Monovax	Date (dernier vaccin)	N° Lot
<b>IDR à la tuberculine</b>	<b>Date</b>	<b>Résultat (en mm)</b>

Date : ..... Signature et cachet du médecin : .....

*Nota bene : 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 varicelle et la grippe saisonnière.*



L'attestation ne peut être annotée « en cours de vaccination ». Les vaccinations doivent être réalisées complètement pour l'entrée en Formation.