

# ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS

Vaccinations obligatoires avant le 1<sup>er</sup> stage en février

Je, soussigné(e) Dr

, certifie que M./Melle

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Candidat(e) à l'inscription en ergothérapie a été vacciné(e) :

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

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

✓ **Pour le BCG :**

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date (dernier vaccin)	N° lot

IDR à la tuberculine	Date	Résultat (en mm)

✓ **Contre l'hépatite B (obligatoire dès le 1<sup>er</sup> stage en février), il/elle est considéré(e) comme (rayer les mentions inutiles) :**

- Immunisé(e) contre l'hépatite B : OUI NON

	Date	
1 <sup>ère</sup> injection		
2 <sup>ème</sup> injection		
3 <sup>ème</sup> injection		
Sérologie (obligatoire)		Dosage :

Signature et cachet du médecin

- Non répondeur(se) à la vaccination : OUI NON

A :

le :

**Nota bene** : pour les professionnels de santé (selon le calendrier vaccinal en vigueur), il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.