

ANNEXE 2

Je soussigné(e) Docteur

certifie que M/Mme né(e) le.....

- Candidat(e) admis(e) en formation de : ☐ Aide-soignant(e) ☐ Infirmier(e)

A été vacciné(e).

● **CONTRE LA DIPHTERIE, LE TETANOS ET LA POLIOMYELITIE :**

(Arrêté du 02 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique)

Nom du vaccin	Date

● **CONTRE L'HEPATITE B (démarche à entreprendre dès réception du dossier d'inscription administrative)**

(Arrêté du 2 mars 2017 suspendant les annexes 1 et 2 de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique)

Nom du vaccin	Date
1ère injection	
2ème injection	
3ème injection	
Taux d'anticorps anti-HBsUI/L	

Selon les conditions définies, il/elle est considéré(e) comme :
(Rayer les mentions inutiles) :

- immunisé(e) contre l'hépatite B : oui non
- non répondeur (se) à la vaccination : oui non
- Fournir copie de la dernière sérologie

Je soussigné(e) Dr certifie que M. ou Mme est à jour de ses vaccins pour exercer ou aller en stage en milieu de soins, conformément aux arrêtés et décrets ci-dessus en référence)

Lieu

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.