



Institut de Formation
en Soins Infirmiers
et d'Aides-Soignants
Anecy

STATUT VACCINAL

À respecter pour votre mise en conformité avec la réglementation sur l'immunisation des professionnels de santé en France, telle que définie dans la dernière publication du **Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales mis à jour chaque année**

La Région
Auvergne-Rhône-Alpes



NOM de naissance :

NOM marital :

Prénom :

Date de Naissance :

FORMATION : IFSI IFAS - **Promotion Année** : 202__ - 202__

Vaccins et Preuves d'immunisation obligatoires	Date de réalisation :	À faire le :
Tubertest < 3 mois (mesure de l'induration en mm) :		
DTCaP (*) (dernier rappel)		
<small>(*) Vaccination coqueluche exigée pour les stages auprès des enfants < 6 mois</small>		
Hépatite B - Vacc.1 :		
Hépatite B - Vacc.2 :		
Hépatite B - Vacc.3 :		
+/- Hépatite B - Vacc.4 :		
Ac Anti HBs :		
Ag HBs :		
Ac Anti HBc :		

Vaccins recommandés	Date de réalisation :
BCG :	
ROR vaccin 1 :	
ROR vaccin 2 :	
SARS COV 2	Date de réalisation :
Vaccin 1 :	
Vaccin 2 :	
Vaccin 3 :	
	<u>Si oui date de la maladie :</u>
Maladie 1 :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Maladie 2 :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Maladies contractées dans l'enfance :	
<input type="checkbox"/> Rougeole	Fournir la copie des vaccinations du carnet de santé
<input type="checkbox"/> Rubéole	ET
<input type="checkbox"/> Varicelle	la page des maladies infantiles (ou le résultat des sérologies IgG)

Certifié exact le : __/__/____

Signature :

Cachet du Médecin :