

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**

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) <i>(*) Vaccination coqueluche exigée pour les stages auprès des enfants < 6 mois</i>		
Hépatite B → 1 ^{ère} injection		
Hépatite B → 2 ^{ème} injection		
Hépatite B → rappel (ou 3 ^{ème} injection)		
+/- Hépatite B → rappel		
Sérologie hépatite B	Date :	Résultats
	AC Anti HBs :	
	Ag HBs :	
	AC anti HBc totaux :	

Vaccins recommandés	Date de réalisation :
BCG :	
ROR vaccin 1 :	
ROR vaccin 2 :	

Maladies contractées dans l'enfance :

- Rougeole
- Rubéole
- Varicelle

Fournir la copie des pages de vaccinations du carnet de santé
ET

la page des maladies infantiles ou le résultat des sérologies

Certifié exact le : ___/___/___

Signature :

Cachet du Médecin