

1. Vous munir de votre carnet de santé-vaccination
2. Consulter votre médecin traitant (vérification, prescription si besoin)

## Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires

**A vérifier et compléter dès l'inscription en formation**

Lieu..... Date.....

Docteur Nom..... Prénom.....

Titre et qualification.....

Adresse.....

Téléphone.....

Je soussigné(e) Dr..... certifie que :

Nom..... Prénom..... Né(e) le...../...../.....

**Candidat (e) à l'inscription à la formation :**     infirmier(e)     Aide-Soignant(e)     Auxiliaire de puériculture

A été vacciné(e) :

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

Couverture vaccinale effective                      oui                      non

si oui, date du dernier rappel :

Calendrier vaccinal ré initié                      oui (date des injections)                      non

### En cas de ré initialisation de la vaccination

En cas de ré initialisation de la vaccination		
Nom du vaccin	Date des injections	N° du lot



**A faire le mois précédant l'entrée en formation**

- **Rougeole – Oreillons- Rubéole (non obligatoire mais fortement conseillé)**

1<sup>ère</sup> injection le..... Rappel le.....

2<sup>ème</sup> injection le..... Rappel le.....

**OU** a contracté la maladie :

Rougeole       OUI    NON

Oreillons       OUI    NON

Rubéole       OUI    NON

- **Contre le BCG**

Vaccin intradermique ou Monovax	Date (dernier vaccin)	N° lot
IDR à la tuberculine	Date	Résultat (enmm)

- **Examen radio pulmonaire favorable** (datant de moins de 3 mois à l'entrée en formation ; compte-rendu à joindre)

OUI       NON

**En cas de contre-indication** temporaire ou définitive à l'une de ces vaccinations, il appartient au Médecin Inspecteur de la Santé d'apprécier la suite à donner à l'admission.

**Circulaire DGS/SD5C n° 2007-164 du 16 avril 2007** : une contre indication à la vaccination contre l'hépatite B correspond de fait à une inaptitude à une orientation vers les professions médicales ou paramédicales.

**Signature et cachet du médecin référent**