

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS

Etabli par un médecin agréé par l'ARS de votre département

Je soussigné(e) Docteur,
médecin agréé, certifie avoir examiné ce jour Mr/Mme

J'atteste que le (la) candidat(e) est à jour des vaccinations suivantes :

Antidiphthérique, antitétanique, antipoliomyélitique(DTP)

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

Hépatite B (schémas à 3 injections)

Nom du vaccin	Date	N° lot
	1ère injection :	
	2ème injection :	
	3ème injection :	

Dosage des anticorps anti-Hbs (obligatoire après les 3 injections)

Date du dosage des anticorps anti-Hbs	
Résultat du dosage en UI/l	

Tuberculose

Date de la vaccination BCG	
Date d'une intradermoréaction à 5 unités de tuberculine (tubertest)	
Résultat du tubertest : + ou -	

Vaccin COVID-19 (Schéma vaccinal complet)

Date de la 1ère dose	
Date de la 2ème dose	
Date de la 3ème dose (si nécessaire)	

Fait à, le

Cachet et signature du médecin