

Je, soussigné(e), Docteur certifie que :

Nom : Prénom : Née le

A été vacciné(e) :

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | | | | | |
|--|--------------------------|-----------------------|---|-----------------------|--|
| Diphtérie-Tétanos-Polio | | | | | |
| Date des différents vaccins contre l'hépatite B reçus (conformément à l'arrêté de 2013) (Vaccination menée à son terme) | | | | | |
| 1 ^{ère} dose | | 2 ^{ème} dose | | 3 ^{ème} dose | |
| Sérologie Hépatite Virale B (Attention résultats chiffrés) | | | | | |
| Taux d'Anticorps anti HBs : Immunité acquise si Taux > 100UI/L Sinon faire une 4 ^{ème} injection | | | Date : | | |
| Antigène HBs : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif | | | Anticorps Anti HBc : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif | | |
| VACCINATIONS RECOMMANDÉES | | | | | |
| R.O.R. (Rougeole-Oreillons-Rubéole : 2 doses) | | 1 ^{ère} dose | | 2 ^{ème} dose | |
| | | | | | |
| Résultats de l'intradermo réaction de moins de 1 an (sauf contre-indications) Ou du test Quantiféron | | | | | |
| Date(s) BCG : | | | | | |
| Date de lecture IDR : | | | Résultats IDR : _____ mm | | |
| Date du test Quantiféron : | | | | | |
| Date | Nom et Prénom du Médecin | | Tampon du Médecin | | |
| | | | | | |