



## CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'EXERCICE PROFESSIONNEL AIDE-SOIGNANT

Je soussigné (e), Docteur....., exerçant à .....

Téléphone : .....,

certifie que :

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

- N'est pas vacciné(e) conformément à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France pour le motif suivant :

Contre-indication à la vaccination     DTP             Hépatite B

Autre : .....

- est vacciné(e) conformément à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France, pour le motif suivant à savoir les 3 points suivants :

**1) DTP :**

Nom du vaccin : ..... Numéro du lot : .....

Date de la 1<sup>ère</sup> injection : .....

**2) Hépatite B :**

Le protocole de vaccination a été mené à son terme comme prévu par l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L 3111-4 du code de la santé publique.

DATE	1 <sup>ère</sup> injection :	2 <sup>ème</sup> injection :	3 <sup>ème</sup> injection :
DATE	4 <sup>ème</sup> injection :	5 <sup>ème</sup> injection :	6 <sup>ème</sup> injection :

**ET**, contrôle d'anticorps anti-Hbs, de moins de 3 mois (par rapport à la rentrée)

Date : ..... Résultats : .....

**ET** contrôle d'anticorps anti-Hbc, de moins de 3 mois (par rapport à la rentrée)

Date : ..... Résultats : .....

Certificat fait à la demande de l'intéressé remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit.

Fait le ..... à .....

Signature :

cachet du médecin :