

**CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES**

Je soussigné(e) Docteur .....certifie que  
Madame/Monsieur ..... Né(e) le .....  
**est à jour des vaccinations suivantes** en date du .....,  
selon le calendrier vaccinal spécifique aux professions de santé :

***Diphtérie, le tétanos et la poliomyélite***

Vaccination (dates)		Rappels (dates)
1 <sup>ère</sup> injection		
2 <sup>ème</sup> injection		
3 <sup>ème</sup> injection		
		Rappel à prévoir :

***Hépatite B***

Vaccination (dates)		
1 <sup>ère</sup> injection		
2 <sup>ème</sup> injection		
3 <sup>ème</sup> injection		à prévoir le :
<b><i>Deux injections sont obligatoires avant le début du stage infirmier en DFGSM2 Trois injections sont obligatoires avant le début du premier stage hospitalier en DFGSM3</i></b>		

***Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)***

Vaccination par le ROR (dates)		
1 <sup>ère</sup> injection		
2 <sup>ème</sup> injection		
Si pas de vaccination, dates des maladies		

***Covid-19***

Vaccination (dates)		Date(s) infection(s)
1 <sup>ère</sup> injection		
2 <sup>ème</sup> injection		
3 <sup>ème</sup> injection (en l'absence d'infection)		

**Certificat valable jusqu'au .....**

Cachet et signature du médecin

*Sont recommandées mais non obligatoires pour les professionnels de santé, les vaccinations suivantes : tuberculose, grippe, coqueluche, varicelle, hépatite A.*

***A l'exception de nouvelles vaccinations qui deviendraient obligatoires, il est possible de dupliquer ce certificat jusqu'à la date limite pour fournir une copie chaque année pour l'inscription.***