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)		Rappel(s) (dates)
1ère injection		
2ème injection		
3ème injection		
		Rappel à prévoir :

Hépatite B

Vaccination (dates)		
1ère injection		
2ème injection		
3ème injection		

Certificat valable jusqu'au ..... Cachet et signature du médecin

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

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.