

**CERTIFICAT MEDICAL D'IMMUNISATION
ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES**

Veillez compléter scrupuleusement le certificat et cocher les cases adéquates à la situation de l'apprenant

Certificat à fournir obligatoirement avant l'entrée en formation

Préparation diplôme d'état : Aide-Soignant ou Auxiliaire de Puériculture

Je soussigné Docteur (nom/prénom/qualité)

certifie que Mme M.

Nom : Prénom : né(e) le :

a été vacciné(e) :

➤ **Contre la DTP (Dernier Rappel effectué) :**

Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle, la grippe saisonnière et le COVID 19

Nom du vaccin utilisé	Nbre de doses reçues	Date de la dernière dose

➤ **Contre l'hépatite B**

Nom du vaccin utilisé	Nbre de doses reçues	Type de protocole hépatite B (2+1, 3+1...)	Date de la dernière dose

Selon les conditions définies par l'algorithme au verso de ce document, il/elle est considéré(e) comme :

- immunisé(e) contre l'hépatite B : oui non
- non répondeur (se) à la vaccination : oui non (sérologie négative après 6 doses)

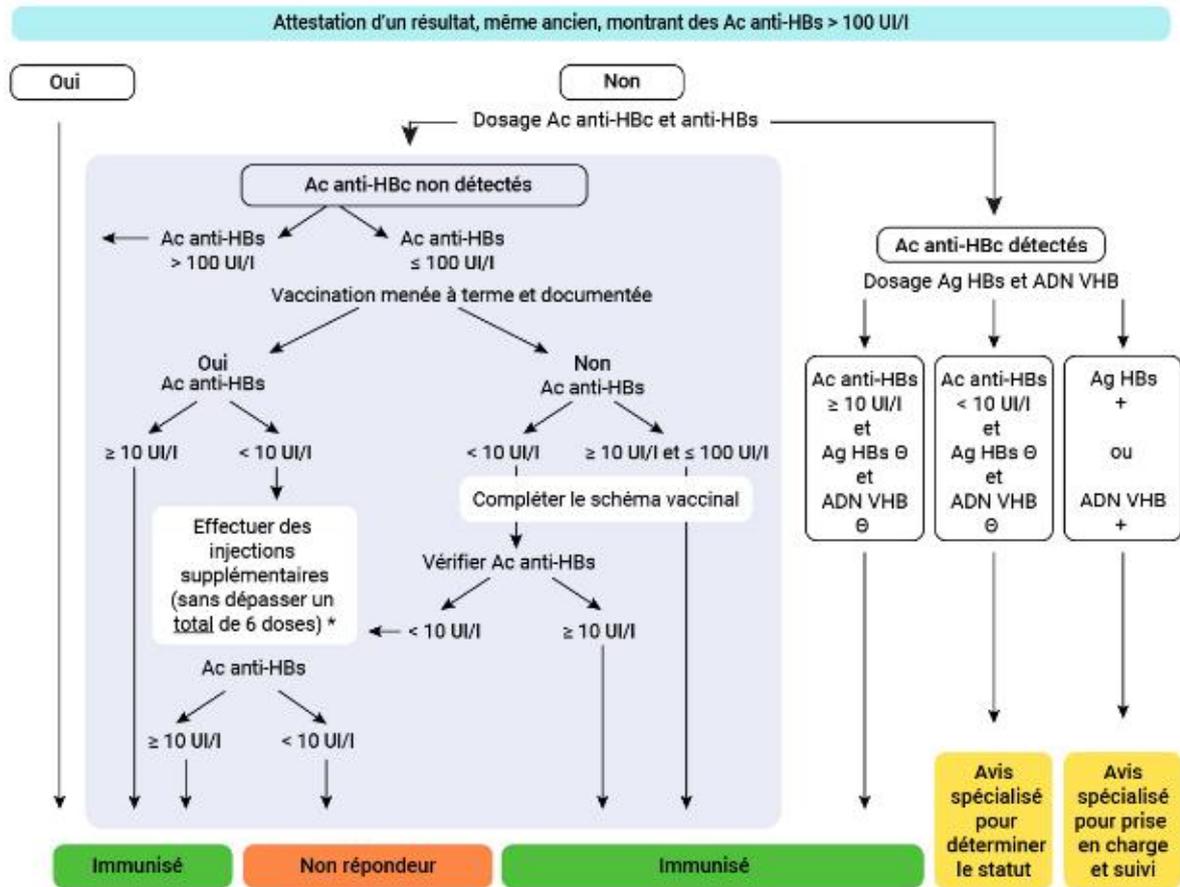
Ses vaccinations obligatoires sont à jour :

- pour la durée du cursus : oui non
- rappel(s) à faire pendant le cursus : oui non date :

Fait, le :

Signature et **cachet** du médecin

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013.



Ac : anticorps - Ag : antigène - VHB : virus de l'hépatite B

* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté.