

## CERTIFICAT DE VACCINATIONS

**NOM de l'étudiant :** ..... **Prénoms :** .....

**Date de naissance :** .....

<b>HEPATITE B</b> nom + date du vaccin	
* 1 <sup>ère</sup> injection	.....
* 2 <sup>ème</sup> injection (2 mois après la 1 <sup>ère</sup> injection)	.....
* 1 <sup>er</sup> rappel (6 mois après la 2 <sup>ème</sup> injection)	.....
<b>CONTROLE DE L'IMMUNITE</b> 2 mois après la dernière injection	
<p><b>sérologie</b> <u>Immunité acquise</u> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <b><u>Taux anti HBs à préciser :</u></b></p>	
<b>TUBERTEST de moins de six mois</b>	
date	résultat

<b>DIPHTERIE – TETANOS – POLIOMYELITE - COQUELUCHE</b> nom + date du dernier vaccin
.....

Nom – signature  
et cachet du médecin :

date :