



**CERTIFICAT MEDICAL  
ET  
VACCINATIONS (annexe 3)**



RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

*A renseigner par **le médecin traitant** avec le certificat de vaccination dans le cadre de la formation en soins infirmiers*

8

Je soussigné.e Docteur .....

Certifie avoir examiné M., Mme, .....

né.e le ...../...../..... à .....

J'atteste que la personne mentionnée ci-dessus répond aux obligations (1) en matière de :

- Protection vaccinale (conformément aux obligations des professions de santé)
- Diphtérie Tétanos Poliomyélite
- Hépatite B (et sérologie réalisée selon l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation)
- Radiographie du thorax effectuée le .....

En qualité de médecin et au vu des éléments médicaux ci-dessus, je déclare la personne mentionnée :  
**Apte à suivre les stages inhérents à la formation en soins infirmiers**

(1) : certificat de vaccinations au verso

A ....., le ..... / ..... / .....

**Signature et cachet du médecin**



**CERTIFICAT MEDICAL  
ET  
VACCINATIONS (annexe 3)**



RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

**CERTIFICAT DE VACCINATION**

**NOM – PRENOM :** .....

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

**VACCINATIONS OBLIGATOIRES**

8

**DATES ET N°DE LOT DU VACCIN**

**RESULTAT**

**1. DT Polio**

1 ère Injection .....

2 ème Injection .....

3 ème Injection .....

Rappel .....

Rappel .....

Rappel .....

Rappel .....

**2. Anti-hépatite B**

1 ère Injection .....

2 ème Injection .....

3 ème Injection .....

Rappel .....

Rappel .....

**Ac anti-HBs** .....

.....UL/L

**3. Test tuberculinique à 10 unités, de moins de 3 mois**

**IDR (quantifier la réaction)** .....

.....mm

**Fait à ....., le ..... Signature + Cachet du Médecin**