

# CERTIFICAT MÉDICAL

De vaccination conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions  
D'immunisation des professionnels de santé en France

**PENSEZ A VOUS MUNIR DE VOTRE CARNET DE VACCINATION**

Je soussigné Docteur

Certifie que :

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom :

Prénoms :

Date de Naissance : / /

Candidat(e) à l'inscription en formation aide-soignant, a été vacciné(e) :

- **Contre la COVID :**

OUI (*fournir pass vaccinal complet et valide*)

- **Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- **Contre l'hépatite B :**

Vaccination contre hépatite B	Première injection : Deuxième injection : Troisième injection :
Taux AC HBs Si taux > 100 UI/l : immunisé Si taux entre 10 et 100 UI/l recherche AC antiHBs Si taux < à 10UI/l : non répondeur à la vaccination	Dosage :

Selon l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013, il/elle est considéré (e) comme (*rayez les mentions inutiles*) :

- Immunisé (e) contre l'hépatite B : **oui non**
- Non répondeur (se) à la vaccination : **oui non**

- **Par la tuberculose :** IDR de référence de début de carrière (Vaccination non obligatoire)

IDR à la tuberculose	Date	Résultat (en mm)

Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les professionnels de santé, **il est recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la varicelle, la tuberculose et la grippe saisonnière.**

Signature du **candidat**

Signature et cachet du **Médecin**