

**Annexe 2 - CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS**  
 (Conforme à la réglementation en vigueur pour les professionnels de santé)

**Ce certificat doit être joint au dossier d'inscription et dater de moins d'un an.**

Je soussigné(e), Docteur .....

Certifie avoir examiné ce jour M. ....

**J'atteste : (1)**

que le (la) candidat(e)

**a été vacciné(e) contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

| VACCINATIONS               |      |        | RAPPELS |        |
|----------------------------|------|--------|---------|--------|
|                            | Date | N° lot | Date    | N° lot |
| 1 <sup>ère</sup> injection |      |        |         |        |
| 2 <sup>ème</sup> injection |      |        |         |        |
| 3 <sup>ème</sup> injection |      |        |         |        |

**a été vacciné(e) contre l'hépatite B** : une attestation médicale indiquant la date et le résultat du contrôle du **taux des anticorps anti-HBS** doit compléter l'attestation médicale des personnes vaccinées (Arrêté du 02 août 2013). (voir modalités au verso)

| VACCINATIONS               |      |        | RAPPELS |        |
|----------------------------|------|--------|---------|--------|
|                            | Date | N° lot | Date    | N° lot |
| 1 <sup>ère</sup> injection |      |        |         |        |
| 2 <sup>ème</sup> injection |      |        |         |        |
| 3 <sup>ème</sup> injection |      |        |         |        |

**Taux d'anticorps Anti-HBS :** .....

**a été vacciné(e) contre la COVID 19 :**

|                            | Date | Schéma vaccinal terminé  |                          |
|----------------------------|------|--------------------------|--------------------------|
| 1 <sup>ère</sup> injection |      | OUI                      | NON                      |
| 2 <sup>ème</sup> injection |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rappel                     |      | OUI                      | NON                      |
|                            |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Date : ..... (2)

**Cachet et signature du médecin**

**N.B. : pensez à vous présenter chez votre médecin avec votre carnet de vaccinations**

- (1) Cocher les cases
- (2) Daté de moins de 3 mois
- (3) **NB : le Décret n°2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG a été modifié Par le Décret n°2019-149 du 27 février 2019 - art. 1 suspendant l'obligation de vaccination anti tuberculique pour les professions sanitaires dont les ambulanciers (deuxième alinéa de l'article L. 3111-1 C)**

**Circulaire n°DGS/SD5C/2007/164  
Schémas vaccinaux pour l'hépatite B**

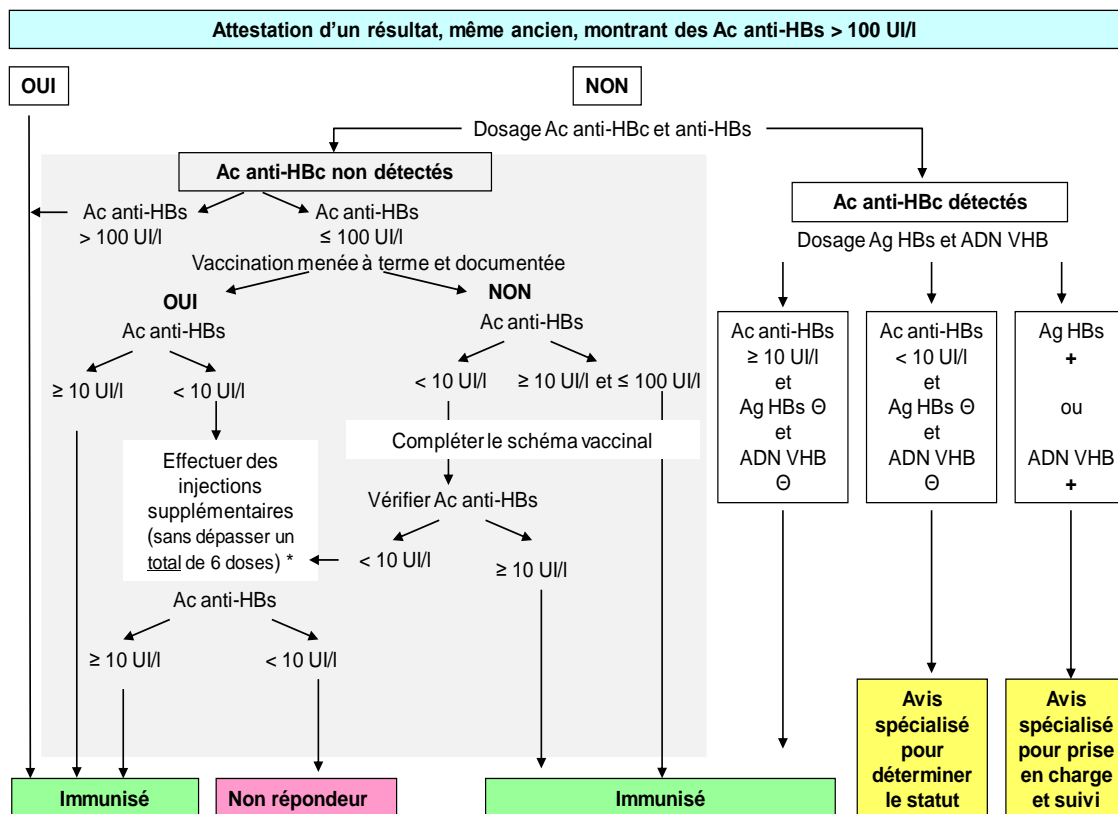
**Dans le cas d'absence de vaccination antérieure :**

un schéma préférentiel en trois injections, qui respecte un intervalle d'au moins un mois entre chaque injection. Un bilan sanguin avec dosage d'anticorps doit être effectué 3 semaines après le dernier vaccin afin de vérifier l'immunité. Si la sérologie est négative continuer le schéma vaccinal jusqu'à un maximum de 6 injections.

L'immunité doit être acquise pour les premières périodes de stages.

**Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique**

**Annexe I**



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

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