

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 :**

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

☐ **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 ^{ère} injection				
2 ^{ème} injection				
3 ^{ème} injection				

Taux d'anticorps Anti-HBS :

☐ **a été vacciné(e) contre la COVID 19 : NON OBLIGATOIRE A CE JOUR**

	Date	Schéma vaccinal terminé	
1 ^{ère} injection		OUI	NON
2 ^{ème} injection		☐	☐
3 ^{ème} injection			

☐ **a été vacciné(e) contre la rougeole :**

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

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 tuberculinique pour les professions sanitaires (deuxième alinéa de l'article L. 3111-1 C)