



CERTIFICAT MEDICAL D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique

DOCUMENT A COMPLETER PAR UN MEDECIN TRAITANT ou MEDECIN AGREE ARS ou centre de vaccination

Je soussigné, Docteur.....certifie que :

Nom, Prénom.....est à jour des vaccinations obligatoires :

°Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :

Nom des vaccins utilisés	N° de lot	Nombre de doses	Dates

°Contre l'Hépatite B :

Nom des vaccins utilisés	N° de lot	Nombre de doses	Dates

A réalisé une sérologie Hépatite B le...../...../.....et est considéré, selon les conditions définies au verso, comme :

- Immunisé contre l'Hépatite B OUI NON
- Non répondeur à la vaccination(après l'administration de 6 doses) OUI NON

Fait à....., le..... signature et cachet

Article L.3111-4 du code de la santé publique

Une personne qui, dans l'établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergement des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunisée contre l'Hépatite B, la diphtérie, le Tétanos, la Poliomyélite et la Grippe ;

Tout élève ou étudiant d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé dont la liste est déterminée par arrêté du ministre chargé de la santé, qui est soumis à l'obligation d'effectuer une part de ses études dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins, doit être immunisé contre les maladies mentionnées à l'alinéa premier du présent article