

Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires pour la formation TP Assistant De Vie aux Familles

Je, soussigné(e), Docteur certifie que :

M/Mme (Nom) :

Prénom:.....

Né(e) le :

- Candidat(e) à la formation TP ADVF a été vacciné(e) :

- Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :

Dernier Rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- Contre l'hépatite B, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme (*razer les mentions inutiles*) : **joindre obligatoirement une copie du schéma vaccinal, et des sérologies**
 - immunisé(e) contre l'hépatite B : oui non
 - répond à la vaccination : oui non

- Par le BCG (*obligatoire aussi pour d'autres filières d'études*) :

IDR à la Tuberculine	Date	Résultat (en mm)

- Contre la COVID-19 : oui non

Vaccin :	Date 1 ^e injection :
Vaccin :	Date 2 ^e injection :
Vaccin :	Date 3 ^e injection :

Nota bene : selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.

Le présent document doit être rempli totalement pour permettre une prise en charge au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le cas d'une contamination sur le lieu de stage. Il sert dans ce cas de document médico-légal de référence pour l'étude du dossier.

Attestation non complétée = pas d'admission

Signature du Médecin	Cachet du Médecin	Fait le :	A :
----------------------	-------------------	-----------	-----