

Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires*

2025



*Conformément à l'instruction interministérielle du 7 septembre 2021 relative à la mise en œuvre de l'obligation vaccinale pour les étudiants et élèves en santé.

Ce certificat médical peut être délivré par un médecin traitant ou agréé.

Je soussigné(e), Docteur (Nom, Prénom) : _____

Certifie que :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

A été vacciné(é) :

- Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite : Oui Non

Dernier rappel effectué :

Nom du vaccin	Date	N° lot

Observation :

- Contre l'hépatite B, il/elle est considéré(e) comme :

Joindre impérativement un bilan sérologique confirmant l'immunisation (Dosage anticorps anti-HBs)

Immunisé(e) contre l'hépatite B : Oui Non *(Obligatoire pour l'entrée en formation)*

Non répondeur(se) à la vaccination : Oui Non *(Joindre une attestation du médecin)*

Observation :

- Par le BCG : Oui Non

Nom du vaccin intradermique ou Monovax	Date	N° lot

IDR à la tuberculine	Date	Résultat (en mm)

Observation :

- Certificat COVID numérique UE (Schéma vaccinal achevé)

Fait à : _____	Signature et cachet (Obligatoires) :
Le : _____	