

Certificat médical de vaccinations

(Les photocopies des carnets de vaccinations ne sont pas acceptées)

Je soussigné(e) Docteur

certifie avoir examiné, ce jour, Mme, M.

J'atteste que le candidat a reçu les vaccinations suivantes :

Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite :

• Date du dernier rappel : Date du prochain rappel :

Hépatite B :

		Date d'injection
Schéma vaccinal classique M0-M1-M6	1 ^{ère} injection	
	2 ^{ème} injection	
	3 ^{ème} injection	
Schéma vaccinal accéléré J0-J7-J21 +rappel à un an	1 ^{ère} injection	
	2 ^{ème} injection	
	3 ^{ème} injection	
	Rappel	
Autre schéma	1 ^{ère} injection	
	2 ^{ème} injection	
	3 ^{ème} injection	
	Rappel	

Taux d'anticorps Anti HBS :

Date (jj/m/an)	Résultats en UI/ml

Taux d'anticorps Anti HBC si anticorps HBS < 100 :

Date (jj/m/an)	Résultats en UI/ml

COVID-19 :

• Vaccination complète le :

(Selon schéma : 3 injections)

Fait à le

Cachet et signature du médecin