

## Annexe obligatoire au dossier d'inscription au BTS ABM

### CERTIFICAT DE VACCINATION

**A FAIRE COMPLETER PAR UN MEDECIN**

**A RENDRE AU PROFESSEUR PRINCIPAL LE JOUR DE LA RENTREE**

**L'INSCRIPTION SERA EFFECTIVE APRES VALIDATION PAR L'INFIRMIERE SCOLAIRE**

**DES CERTIFICATS MEDICAUX**

NOM : ..... PRENOM : ..... CLASSE : .....

*Conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des étudiants des formations médicale, paramédicale et des professionnels travaillant en laboratoire d'analyses médicales*

Vaccin	Date dernière injection ou conditions d'immunisation
<b>DT P</b> <i>Obligatoire</i>	
<b>HEPATITE B</b> <i>Obligatoire</i>	
ROR <i>Recommandé</i>	
Grippe <i>Recommandé</i>	
Varicelle <i>Recommandé</i>	
Coqueluche <i>Recommandé</i>	
Covid 19 (loi n° 2021-1040 du 5 août 2021) <b><u>Vaccination obligatoire pour effectuer les stages</u></b>	

Je soussigné, Docteur ..... certifie les dates de vaccinations conformes.

Fait à ..... le.....

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN