

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
DT P <i>Obligatoire</i>	
HEPATITE B <i>Obligatoire</i>	
ROR <i>Recommandé</i>	
Grippe <i>Recommandé</i>	
Varicelle <i>Recommandé</i>	
Coqueluche <i>Recommandé</i>	

Je soussigné, Docteur certifie les dates de vaccinations conformes.

Fait à le.....

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN