



SITUATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES
(A REMETTRE LE JOUR DE LA RENTREE UNIVERSITAIRE)

Dr NOM Prénom :

Titre et qualification :Lieu, date :

Adresse :

Téléphone :

Je, soussigné(e) Dr....., certifie que M/Mme

NOM :Prénom :Né(e) le :

Candidat(e) à l'inscription à une formation de technicien(ne) en analyses biomédicales a été vacciné(e) :

- Contre la **diphtérie**, le **tétanos** et la **poliomyélite** :

Dernier rappel effectué			Nombre de vaccins DTP depuis la naissance
Nom du vaccin	Date	N° lot	

- Contre **l'hépatite B**, selon les conditions définies en page 3, il/elle est considéré(e) comme (*ayer les mentions inutiles*) :

Immunisé contre l'hépatite B	OUI	NON
Non répondeur(se) à la vaccination	OUI	NON

Signature et cachet du médecin traitant

Signature du Médecin de Le Mans Université

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.