



STATUT VACCINAL

A respecter pour votre mise en conformité avec la réglementation sur l'immunisation des professionnels de santé en France, telle que définie dans la dernière publication du Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales mis à jour chaque année



Institut de Formation
en Soins Infirmiers
Annecy

NOM de naissance :

NOM marital :

Prénom :

Date de Naissance :

FORMATION : IFSI IFAS - **Promotion Année** : 202__ - 202__

Vaccins et Preuves d'immunisation obligatoires	Date de réalisation :	À faire le :
Tubertest < 3 mois (mesure de l'induration en mm) :		
DTCaP (*) (dernier rappel)		
(*) Vaccination coqueluche exigée pour les stages auprès des enfants < 6 mois		
Hépatite B - Vacc.1 :		
Hépatite B - Vacc.2 :		
Hépatite B - Vacc.3 :		
+/- Hépatite B - Vacc.4 :		
Ac Anti HBs :		
Ag HBs :		
Ac Anti HBc :		

Vaccins recommandés	Date de réalisation :
BCG :	
ROR vaccin 1 :	
ROR vaccin 2 :	
SARS COV 2	Date de réalisation :
Vaccin 1 :	
Vaccin 2 :	
Vaccin 3 :	
Maladie 1 :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Maladie 2 :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	<u>Si oui date de la maladie :</u>

Maladies contractées dans l'enfance :

- Rougeole
- Rubéole
- Varicelle



Fournir la copie des vaccinations du carnet de santé

ET

la page des maladies infantiles (ou le résultat des sérologies IgG)

Certifié exact le : __/__/____

Signature :

Cachet du Médecin :