



Institut de Formation
en Soins Infirmiers
Annecy

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

La Région
Auvergne-Rhône-Alpes



NOM de naissance :

NOM marital :

Prénom :

Date de Naissance :

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

VACCINATIONS	À la date du :	À faire :	Validation :
BCG (non obligatoire) :			
Tubertest < 3 mois (mesure de l'induration en mm) :			
DTCP (*) (dernier rappel) <small>(*) Vaccination coqueluche exigée pour les stages auprès des enfants < 6 mois</small>			
Hépatite B - Vacc.1 :			
Hépatite B - Vacc.2 :			
Hépatite B - Vacc.3 :			
+/- Hépatite B - Vacc.4 :			
COVID Maladie :			
COVID Vaccination 1 :			
COVID Vaccination 2 :			
COVID Vaccination 3 :			
Bilan sanguin Hépatite B			
Ac Anti HBs :			
Ag HBs :			
Ac Anti HBc :			
Vaccination maladies infantiles			
ROR 1 :			
ROR 2 :			
Autre :			
Maladies contractées dans l'enfance :	<input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Varicelle	Fournir la copie des vaccinations du carnet de santé ET la page des maladies infantiles <small>(ou le résultat des sérologies IgG)</small>	

Certifié exact le : __/__/____

Signature :

Cachet du Médecin :