



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

Certifié exact le : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Signature :

Cachet du Médecin :