



ATTESTATION VACCINALE

Je soussigné(e) Docteur :

atteste que M. - Mlle - Mme :

Né(e) le :

Répond aux recommandations vaccinales et d'immunisation pour une exposition au risque biologique en milieu hospitalier, à savoir :

- vaccination BCG (date de vaccin ou présence d'une cicatrice vaccinale) ou test tuberculinique positif (supérieur à 4 mm),
- vaccin Diphtérie Tétanos Polio à jour (en référence au calendrier vaccinal en cours),
- vaccination hépatite B (en référence au calendrier vaccinal en cours) avec mention d'une immunisation sérologique contre l'hépatite B (en référence à l'arrêté du 2 août 2013).

Fait à Le

Cachet et signature du médecin