

## 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 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),
- **Un schéma vaccinal complet contre la COVID 19** ou un certificat de rétablissement de moins de 6 mois ou une contre-indication à la vaccination dont j'atteste, conformément au décret n°2021-1059 du 7 août 2021.

Fait à ..... Le .....

**Cachet et signature du médecin**