

NOM DE NAISSANCE :	_____	NOM MARITAL :	_____
PRÉNOM :	_____	DATE DE NAISSANCE :	_____
TÉLÉPHONE :	_____	ANNÉE D'ADMISSION :	2026

Avis important réglementaire (Art. L3111-4 du CSP) : L'admission définitive en formation est subordonnée à la fourniture de cette fiche dûment validée par un médecin le 1er jour de formation.

1. VACCINATIONS OBLIGATOIRES (Maintien de l'obligation de l'immunité)

Vaccin & Spécificités 2026	Dates des Injections / Rappels	Validation Médicale & Sérologie
DIPHTÉRIE - TÉTANOS - POLIOMYÉLITE - COQUELUCHE Rappels recommandés à âges fixes (25, 45 ans) avec le composant Coqueluche (dTPca).	Dernier rappel dTP : _____ Dernier rappel dTPca : _____	☐ À jour des obligations
ROUGEOLE - OREILLONS - RUBÉOLE (ROR) Nés depuis 1980 : 2 doses obligatoires en formation. Nés avant 1980 : 1 dose si pas d'antécédent.	1ère dose : _____ 2ème dose : _____ ☐ Antécédent de Rougeole	☐ Schéma complet 2 doses

2. VACCINATIONS RECOMMANDÉES EN MILIEU DE SOINS

Vaccins & Conditions	Dates des Injections / Antécédents	Suivi / Résultats IDR
VARICELLE Recommandé pour les professionnels sans antécédent de la maladie.	1ère dose : _____ 2ème dose : _____ ☐ Antécédent certain	Si doute ou pas d'ATCD : Sérologie : _____ ☐ Négative -> À vacciner
HÉPATITE VIRALE A Recommandé pour les personnels exposés ou selon protocole d'établissement.	1ère dose : ____ / ____ / ____ 2ème dose (rappel) : ____ / ____ / ____	☐ Schéma à 2 doses complété ☐ Sérologie Ac anti-VHA (si faite) : _____
HÉPATITE VIRALE B Obligation d'immunisation selon le Code de la Santé Publique.	1ère dose : _____ 2ème dose : _____ 3ème dose : _____ Inj. sup. : _____	Résultat sérologique obligatoire : Taux Ac anti-HBs : _____ UI/l ☐ Immunité acquise (≥ 100 UI/l) ☐ Non répondeur (après 6 doses)
COVID-19 & GRIPPE SAISONNIÈRE Vaccinations hautement préconisées au contact de personnes vulnérables.	Dernier rappel COVID : _____ Vaccin Grippe : _____	☐ Recommandations lues et appliquées
TUBERCULOSE (BCG) & MÉNINGOCOQUE C il appartiendra aux médecins du travail d'évaluer le risque d'exposition	Date BCG : _____ Date Méningo C : _____	Test tuberculinique (IDR) : Date IDR : _____ Induration : _____ mm

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE L'APPRENANT :

Je soussigné(e), certifie l'exactitude des informations fournies et m'engage à maintenir à jour mes obligations vaccinales pendant toute la durée de ma formation.

Fait à : _____ Le : _____
Signature :

CERTIFICATION PAR LE MÉDECIN

Je soussigné(e), Dr _____, certifie que les renseignements et dates de vaccination inscrits ci-dessus sont exacts et conformes au dossier médical du patient.

Fait à : _____ Le : _____
Signature et Cachet du Praticien :