

**Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires
Ambulancier : Salarié – Stagiaire**

Je soussigné(e) Docteur : (Nom / Prénom) :

(Titre et qualification) :

Adresse :

Téléphone :

Certifie que

Monsieur/Madame (Nom/Prénom).....

né(e) le : a été vacciné(e) :

↪ contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

↪ contre l'hépatite B, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme : (rayer les mentions inutiles)

- immunisé (e) contre l'hépatite B : oui non

- non répondeur (se) à la vaccination : oui non

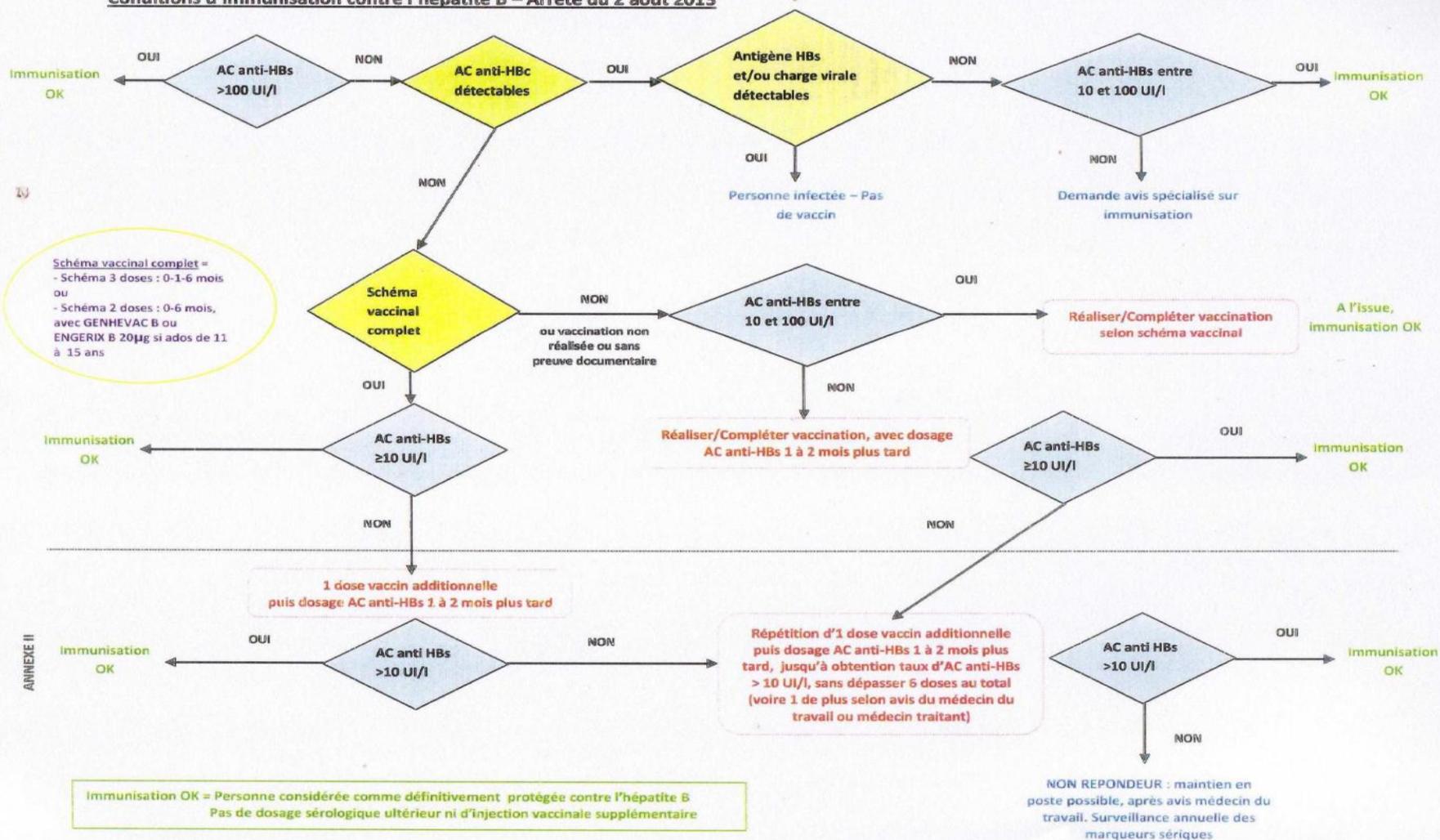
↪ par le BCG

Vaccin intradermique ou Monovax	Date (dernier vaccin)	N° lot
IDR à la tuberculine	Date	Résultat en mm

Date.....

Signature et cachet du médecin

Conditions d'immunisation contre l'hépatite B – Arrêté du 2 aout 2013



ANNEXE II