

**Étudiants Infirmiers  
Pré-Rentrée du Jeudi 27 août 2026**

**CERTIFICAT MÉDICAL DES VACCINATIONS**

Ce dossier médical a pour but de s'assurer que vous êtes en conformité avec le référentiel des professions de santé (Article 13 de l'arrêté du 22/10/2005).

**À FAIRE REMPLIR PAR UN MÉDECIN**

NOM : \_\_\_\_\_

NOM de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**DIPHTÉRIE – TÉTANOS – POLIOMYÉLITE – COQUELUCHE**

NOM DU VACCIN	DATE DU DERNIER RAPPEL	NUMERO DE LOT

**IDR À LA TUBERCULINE DATANT DE MOINS DE 3 MOIS AVANT L'ENTRÉE EN FORMATION**

DATE DU TEST	DATE DE LA RELECTURE (48-72h après)	RÉSULTAT EN MM

**A rayer si l'étudiant fait l'IDR par un.e IDE (merci de lui prévoir une ordonnance et prescription en ce sens - test et relecture)**

**MALADIE D'ENFANCE OU VACCINATIONS RECOMMANDÉES**

Varicelle	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	vaccination	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	vaccination	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Rougeole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	vaccination	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Oreillons	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	vaccination	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Rubéole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	vaccination	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

## HÉPATITE B

Les 2 premières injections doivent être faites avant l'entrée en formation.

**Les 2 premières injections et une sérologie doivent être faites avant votre entrée en stage (au plus tard le 16/10/2026)**

**Aucun départ en stage ne pourra se faire sans ces justificatifs.**

SCHÉMA VACCINAL	NOM DU VACCIN	DATE DU VACCIN	N° DE LOT
1 <sup>ère</sup> injection			
2 <sup>ème</sup> injection			
3 <sup>ème</sup> injection			
Eventualité d'une 4 <sup>ème</sup> injection (schéma accéléré ou immunité non acquise)			

## SÉROLOGIE

**Vous devez impérativement fournir une sérologie Hépatite B mentionnant le dosage anticorps anti-HBS, le dosage anticorps anti-HBC et le dosage antigène HBS.**

**Aucun départ en stage ne pourra se faire sans ce document mentionnant ces 3 dosages.**

**RAPPEL POUR FAIRE VOTRE SEROLOGIE AU BON MOMENT, EN FONCTION DE VOTRE SCHEMA VACCINAL :**

SCHEMA VACCINAL TRADITIONNEL 3 DOSES (RECOMMANDE)	SCHEMA VACCINAL ACCELERE UNIQUEMENT RESERVE SI IL N'Y A PAS EU DE VACCINATION AVANT JUILLET 2026
<ul style="list-style-type: none"><li>1<sup>ère</sup> injection J0 (ex : le 22/04/2026)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>1<sup>ère</sup> injection J0 (ex : le 01/07/2026)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>2<sup>ème</sup> injection à 1 mois (ex : le 22/05/2026)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>2<sup>ème</sup> injection à J7 (ex : le 06/07/2026)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li><b>Sérologie 1 mois après la 2<sup>ème</sup> injection ( ex : 23/06/2026)</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>3<sup>ème</sup> injection à J21 (ex : le 20/07/2026)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>3<sup>ème</sup> injection 6 mois après 2<sup>ème</sup> injection (ex : 23/11/2026)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><b>Sérologie 1 mois après la 3<sup>ème</sup> injection ( ex : 20/08/2026)</b></li></ul>
Possibilité d'aller jusqu'à 6 injections si la réponse immunitaire n'est pas acquise (dans les 2 schémas de vaccination)	<ul style="list-style-type: none"><li>4<sup>ème</sup> injection 1 an après la 3<sup>ème</sup> injection (ex : le 20/08/2027)</li></ul>

Je soussigné(e), Docteur : \_\_\_\_\_

certifie avoir examiné ce jour Madame / Monsieur : \_\_\_\_\_

et avoir vérifié son statut vaccinal concernant les vaccinations obligatoires.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

TAMPON ET SIGNATURE