

RELEVÉ DES VACCINATIONS : BCP ASSP

(Vérifications faites par l'infirmière ou le médecin)

A défaut joindre une attestation médicale ou une photocopie certifiée conforme du carnet de santé

NOM : _____

Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

	VACCINATIONS	2 ^{de}	1 ^{ère}	T ^{le}
OBLIGATOIRES * pour aller en PFMP	Hépatite B (si exposé)	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	D T Polio	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(évolution possible de la réglementation)	Covid-19	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
RECOMMANDÉES ** pour aller en PFMP	Coqueluche	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	R O R**	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Varicelle**	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Grippe saisonnière**	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite A**	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A évaluer au cas par cas	B C G	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>* obligatoires : tous les secteurs</p> <p>** recommandées selon secteur. (notamment petite enfance et établissement de santé) Référence :</p> <p><i>Avis du Haut Conseil de la Santé Publique. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales en vigueur (ministère de la santé http://www.sante.gouv.fr).</i></p>		Fait à Date	Fait à Date	Fait à Date
		Signature de l'infirmière ou du médecin	Signature de l'infirmière ou du médecin	Signature de l'infirmière ou du médecin
	Cachet de l'établissement de formation	Cachet de l'établissement de formation	Cachet de l'établissement de formation	Cachet de l'établissement de formation