

Je soussigné(e) Docteur Atteste que :

NOM : Prénom :

né(e) le/...../..... à

Adresse :

CP : VILLE : PAYS :

N° de Portable de l'étudiant :/...../...../...../.....

1) **Pour le vaccin diphtérie – tétanos – poliomyélite** (selon les recommandations éditées au BEH 2013)

	Spécialité vaccinale	Lot et Fabricant	Date
1 ^{ère} injection			
2 ^{ème} injection			
3 ^{ème} injection			
4 ^{ème} injection			
5 ^{ème} injection (6 ans)			
6 ^{ème} injection (11 ans)			

2) **Pour l'hépatite B : SCHEMA COMPLET ET DOSAGE** anticorps anti-Hbs et anti-Hbc **OBLIGATOIRES**

	Spécialité vaccinale	Lot et Fabricant	Date
1 ^{ère} injection (M0)			
2 ^{ème} injection (M1)			
3 ^{ème} injection (M6)			
Dosage : Anticorps anti-Hbs Anticorps anti-Hbc Ag Hbs:	Date : Date : Titre : Titre : <i>Pour un schéma complet : anticorps anti-Hbs > 10</i> <i>Pour un schéma incomplet: anticorps anti-Hbs > 100</i>		
Rappel 1 (anti-Hbs=)			

3) **Intradermoréaction à la tuberculine (TUBERTEST : injection à 5 UI de tuberculine)**

Date : Valeur du test (en mm) :
à 72h

Remis en main propre à l'intéressé,

Fait le

Signature + Cachet :

MERCI DE NOUS FAIRE PARVENIR CE DOCUMENT AVANT VOTRE ARRIVEE EN FRANCE

ET DE FAIRE UNE PHOTOCOPIE A METTRE DANS VOTRE CARNET DE VACCINATION