ATTESTATION MEDICALE DE VACCINATIONS

(A faire remplir par votre médecin traitant)

Nom : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____/_____/_____ **Email :** _____

Ecole : CEESO LYON **N° étudiant :** _____

Nom du vaccin ou du test	Date du vaccin
Vaccination anti-tuberculeuse	
1°- BCG : ID ou Monovax (date du dernier vaccin)	_____ / _____ / _____
2°-TEST : Tubertest ou Monotest (date du dernier test)	_____ / _____ / _____
Lecture : _____ m	
Entourer la nature du vaccin et du test	
Vaccins Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Polio	
Nombre total de doses depuis la naissance (DTP ou DTCP)	_____
Date du dernier vaccin	_____ / _____ / _____
Numéro de lot et dénomination vaccinale utilisée	_____
Vaccin Hépatite B	
Nature N° de lot	
_____ 1ère dose	_____ / _____ / _____
_____ 2ème dose	_____ / _____ / _____
_____ 3ème dose	_____ / _____ / _____
_____ Autres doses	_____ / _____ / _____
	_____ / _____ / _____
	_____ / _____ / _____
Dosage éventuel des AC anti-HBs : date	_____ / _____ / _____
Résultat	_____ UI/L
Vaccins Rougeole-Oreillons-Rubéole *(facultatif)*	
Nombre de dose _____	_____ / _____ / _____

Date, signature et cachet du MEDECIN TRAITANT

Ce document est à rendre IMPERATIVEMENT le jour de la rentrée administrative