



## A REMPLIR PAR LE MEDECIN GENERALISTE A DESTINATION DU SERVICE DE SANTE SCOLAIRE

Je soussigné(e) Dr .....

Certifie que .....

En classe de Prépa Entrée en Institut de formation Aide Soignant et Auxiliaire de Puériculture, est à jour de ses vaccinations obligatoires\* suivantes :

BCG :

DTP :

Hépatite B :

Si changement de calendrier vaccinal, merci de respecter la réglementation en vigueur au 1<sup>er</sup> septembre 2021

Date : .....

Cachet et signature : .....

\* Les élèves sont, au cours de leur formation professionnelle, en stage auprès de personnes autonomes et dépendantes, en structure (maison de retraite, cliniques et hôpitaux), d'enfants sains (crèche, école maternelle) ou malades (cliniques, hôpitaux...).