

# Fiche de vaccination

Nom de l'étudiant : ..... Prénoms : .....

Lieu et Date de naissance : .....

Inscription en .....année du département de .....

## 1. VACCINATIONS

(Veuillez indiquer la date de la vaccination ou joindre une photocopie de la carte de vaccination)

	Polio	Diphtérie/ Tétanos	Hépatite A	Hépatite B	R.R.O.	Méningite C	B.C.G.	Autre
1 <sup>ère</sup> Inj.								
2 <sup>ème</sup> Inj.								
3 <sup>ème</sup> Inj.								
Rappel								

Joignez les **résultats récents d'une prise de sang** mentionnant :

- les anticorps antiHBS, antiHBC et les antigènes HBS
- et pour les filles un dosage d'anticorps de la rubéole et du CMV.

## 2. PROTECTION CONTRE LA TUBERCULOSE

	DATE	RESULTAT
Test de sensibilité à la Tuberculine (intradermo)		
Vaccination au B.C.G		
Contrôle de la vaccination		

## 3. PROTECTION CONTRE L'HÉPATITE B

Si l'étudiant n'a pas été vacciné et ne peut bénéficier de la prise en charge du coût de la vaccination par la sécurité sociale ( ex : France), **ne pas commencer la vaccination.** Après réception des résultats immunologiques, la vaccination pourra être effectuée, si elle est nécessaire (formulaire à retirer au secrétariat auprès de Madame LEMAL qui sera à envoyer au Fonds des Maladies Professionnelles pour autorisation).

Cachet du médecin

Date:

Signature: