



PASSEPORT VACCINATIONS DES ÉLÈVES

Promotion : 2023/2024

CENTRE DE
FORMATION EN
APPRENTISSAGE DES
AIDES SOIGNANT.E.S

Je soussigné(e), Docteur _____

- Certifie que M _____ Né(e) le _____, a reçu les vaccinations suivantes :

- Date, Cachet et Signature du Médecin :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

VACCINATIONS OBLIGATOIRES			Cadre réservé au Service de Santé au Travail
DTP DTPCoq	Date : Date :		
HÉPATITE B (nom du vaccin à préciser)	Date 1 ^{ère} injection : Date 2 ^{ème} injection : Date 3 ^{ème} injection :	Dates des rappels ou doses additionnelles : 1- 2- 3-	
SÉROLOGIE HEPATITE B Titrage Anticorps anti-HBs ET sérologie complète si AC-HBs <100 UI/L	Anticorps Anti-HBs Date : si taux d'AC Anti HBs inférieur à 100 UI/L : sérologie complète obligatoire Ac anti-HBs Date : Ac anti-HBc Date : Ag HBs Date :	Résultat : Résultat : Résultat : Résultat :	

VACCINATIONS/TESTS RECOMMANDÉS

Rougeole-Oreillons-Rubéole	Date 1 ^{ère} injection : Date 2 ^{ème} injection :	Date Maladie :	
Varicelle	Date : Date sérologie :	Date Maladie :	
Test tuberculinique	Date du test : Si résultat Tubertest >5 mmm (même ancien) → ORIENTER vers le CLAT pour avis	Résultat	
Tout dossier médical incomplet ne sera pas validé par le Médecin du Travail			Signature du Médecin du travail (pour validation) :