

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 <sup>ère</sup> injection			
2 <sup>ème</sup> injection			
3 <sup>ème</sup> injection			
4 <sup>ème</sup> injection			
5 <sup>ème</sup> injection (6 ans)			
6 <sup>ème</sup> 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 <sup>ère</sup> injection (M0)			
2 <sup>ème</sup> injection (M1)			
3 <sup>ème</sup> injection (M6)			
<b>Dosage :</b> Anticorps anti-Hbs Anticorps anti-Hbc Ag Hbs:	<b>Date :</b> ..... <b>Titre :</b> ..... <b>Date :</b> ..... <b>Titre :</b> ..... <i>Pour un schéma complet : anticorps anti-Hbs &gt; 10</i> <i>Pour un schéma incomplet: anticorps anti-Hbs &gt; 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**