



ATTESTATION VACCINALE

Je soussigné(e) Docteur :

Atteste que M.- Mme :

Né(e) le :

Répond aux recommandations vaccinales et d'immunisation pour une exposition au risque biologique en milieu hospitalier, à savoir :

- **Vaccination Diphtérie Tétanos Polio** à jour (en référence au calendrier vaccinal en cours),
- **Vaccination hépatite B** (en référence au calendrier vaccinal en cours) avec mention d'une immunisation sérologique contre l'hépatite B (en référence à l'arrêté du 2 août 2013),

Fait à Le

Cachet et signature du médecin