

**CERTIFICAT DE CONFORMITE VACCINALE
POUR LES ETUDIANTS EN SANTE**

Je soussigné(e), Docteur.....

atteste que

né(e) le/...../....., candidat.e à l'inscription ou étudiant.e dans une :

Profession médicale et pharmaceutique : médecin, sage-femme, pharmacien, odontologue

Autre profession de santé : infirmier, manipulateur d'électroradiologie médicale, technicien en analyses biomédicales (BUT BMB/ Licence pro BAE), kinésithérapeute,

autre :

est à jour dans ses vaccinations, selon les recommandations en vigueur à ce jour.

Merci de préciser dans les cases ci-dessous :

Etat vaccinal :

Conforme au document « Récapitulatif des obligations et recommandations vaccinales pour le certificat de conformité des étudiants en professions de santé », version du 09/02/2024.

Partiellement conforme au document « Récapitulatif des obligations et recommandations vaccinales pour le certificat de conformité des étudiants en professions de santé », version du 09/02/2024 (**le cas échéant, se rapprocher du SSE de Tours**).

Immunisation hépatite B, attestée par une sérologie conforme à la législation en vigueur :

Oui

Non (**le cas échéant, se rapprocher du SSE de Tours**)

Fait à, le.....

(Signature et cachet)