

 <p>Groupement Hospitalier de Territoire Alpes du Sud <small>Gap-Sisteron · Briançon · Laragne · Embrun · Aiguilles · Barcelonnette</small></p>	<p>Certificat médical d'immunisation et de vaccinations obligatoires (à fournir pour toute demande de stages hospitaliers en unités de soins, en services médico-techniques et secrétariats médicaux)</p>	 <p>CENTRE HOSPITALIER Intercommunal des Alpes du Sud Gap-Sisteron</p>
---	--	--

Je, soussigné(e), Docteur..... certifie que :

Nom : Prénom : né(e) le :

A été vacciné(e) :

➤ **Contre la COVID 19**

1 ^{ère} injection	Date.....
2 ^{ème} injection	Date.....
Si antécédent COVID +	Date de l'injection (justificatif à fournir :

➤ **Contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (ou DTPCoq)**
(cf. calendrier vaccinal 2014 aux rappels à 25, 45, 65 ans)

Dernier Rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

➤ **Par le BCG**

Vaccin intradermique ou Monovax [®]	Date (dernier vaccin)	N° lot
1 IDR (même ancienne)		Résultats :.....mm
Test Quantiferon (éventuel)		Résultats :.....

Date :

Signature et cachet du médecin :

Nota bene : selon le calendrier vaccinal en vigueur, il est par ailleurs recommandé d'être vacciné contre la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière ou les contrôles d'immunité sont à fournir contre la rougeole et la varicelle.