

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

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

Nom : ..... Prénom : ..... né(e) le : .....

A été vacciné(e) :

➤ **Contre la COVID 19**

|                            |   |
|----------------------------|---|
| 1 <sup>ère</sup> injection | Date.....   |
| 2 <sup>ème</sup> 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<br>ou Monovax <sup>®</sup> | Date<br>(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.

