

SSU – Site principal Dolet  
25 rue Etienne Dolet  
63037 CLERMONT-FERRAND  
Du lundi au vendredi - 8h30 à 17h

Tél : 04.73.34.97.20  
Fax : 04.73.34.97.29  
Courriel : ssu@uca.fr

SSU - Antenne de Vichy  
117, avenue du Maréchal Lyautey  
03200 VICHY  
Du lundi au vendredi - 8h à 17h30  
(17h le vendredi)

Tél : 04.70.30.83.78  
Courriel : angelique.troscinski@uca.fr

# Attestation médicale de vaccinations obligatoires et d'immunisation

A faire remplir et signer par un médecin.

A remettre au secrétariat de l'IFMK.

Sous enveloppe impérativement car données médicales.

**Date limite impérative de retour : jour de la rentrée (à défaut, votre inscription ne sera pas validée)**

## IDENTIFICATION DU PATIENT(E)

NOM et Prénom :

Date de naissance :

Numéro étudiant :

Vaccinations obligatoires	DATES et NOMS COMMERCIAUX des vaccins successivement administrés			
<b>DTP/DTCP :</b> D Diphthérite T Tétanos P Poliomyélite C Coqueluche (recommandée)	1 <sup>ère</sup> dose	Nom : Date :	4 <sup>ème</sup> dose	Nom : Date :
	2 <sup>ème</sup> dose	Nom : Date :	5 <sup>ème</sup> dose	Nom : Date :
	3 <sup>ème</sup> dose	Nom : Date :	Dernier rappel le cas échéant	Nom : Date :
<b>Hépatite B</b> (vaccination non indiquée si Ac anti HBs > 100 UI/L à la sérologie pré-vaccinale)	1 <sup>ère</sup> dose	Nom : Date :	Dose supplémentaire ?	Nom : Date :
	2 <sup>ème</sup> dose	Nom : Date :	Dose supplémentaire ?	Nom : Date :
	3 <sup>ème</sup> dose	Nom : Date :	Dose supplémentaire ?	Nom : Date :

Sérologie hépatite B obligatoire	Date	Ac anti HBs	Ag HBs	Ac anti HBC
Pré-vaccinale complète <b>POUR CONNAÎTRE LE STATUT PRE-VACCINAL (infection active, infection guérie, vaccination antérieure...)</b>				
Post-vaccinale (4 à 8 semaines après la fin du schéma vaccinal) - obligatoire			X	X

Test tuberculinique obligatoire	Date	Diamètre
(de moins de deux ans)	Injection le :	
Nom :	Lecture le :	..... mm

## IDENTIFICATION DU MEDECIN

Nom du médecin :

Date, signature et cachet :