

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

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

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

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			
DTP/DTCP : D Diphtérie T Tétanos P Polyomyélite C Coqueluche (recommandée)	1 ^{ère} dose	Nom : Date :	4 ^{ème} dose	Nom : Date :
	2 ^{ème} dose	Nom : Date :	5 ^{ème} dose	Nom : Date :
	3 ^{ème} dose	Nom : Date :	Dernier rappel le cas échéant	Nom : Date :
Hépatite B (vaccination non indiquée si Ac anti HBs > 100 UI/L à la sérologie pré-vaccinale)	1 ^{ère} dose	Nom : Date :	Dose supplémentaire ?	Nom : Date :
	2 ^{ème} dose	Nom : Date :	Dose supplémentaire ?	Nom : Date :
	3 ^{ème} dose	Nom : Date :	Dose supplémentaire ?	Nom : Date :

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

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 :
-------------------------	------------------------------------