

**INSTITUT DE FORMATIONS  
EN SOINS INFIRMIERS  
CLEMENCEAU**  
1, avenue Georges  
Clemenceau  
69230 ST GENIS LAVAL  
**TEL : 04 78 86 30 00**



**DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION INFIRMIERE IFSI CLEMENCEAU  
CANDIDAT(E) ADMIS(E) PAR SELECTION DE  
LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE 2025**

**⚠ Sans l'intégralité de toutes ces pièces, à fournir au plus tard le 23 juin 2025 à douze heures (heure de Paris), votre inscription à l'institut ne pourra pas être confirmée.**

**1. PIECES ADMINISTRATIVES OBLIGATOIRES A FOURNIR**

⇒ Pour votre dossier administratif :

- Une photo d'identité numérisée** devant répondre à la norme ISO/IEC 19794-5 (disponible via les photographes agréés et cabines photo automatiques agréées – **cf annexe 1**) au **format JPG taille maximum 100 ko** à nous retourner par mail : [hcl.secretariat-ifs-clem@chu-lyon.fr](mailto:hcl.secretariat-ifs-clem@chu-lyon.fr) en indiquant votre N° Candidat, Nom, Prénom, date de naissance.
- La fiche « Renseignements administratifs »** dûment complétée, accompagnée des pièces justificatives
- Le **certificat médical d'aptitude établi par un médecin agréé.**  
*Vous trouverez la liste des médecins agréés sur le site internet :*  
<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/liste-des-medecins-et-specialistes-agrees>
- L'attestation d'acquiescement de la Contribution de Vie Etudiante et de Campus (CVEC)** fournie par le CROUS, à régler sur le site internet: <https://cvec.etudiant.gouv.fr> **pour les étudiants non financés par leur employeur**
- Un chèque d'inscriptions universitaire de 178,00 € à l'ordre de REGIE IFCS – SECTEUR EST** (Chèque remis lors de la confirmation d'inscription)
- Un chèque de 128 € pour les frais de dossiers à l'ordre de REGIE IFCS – SECTEUR EST**
- Deux attestations de droit d'une assurance maladie** qui couvre l'année scolaire 2025/2026
- Un justificatif de votre inscription à France travail** si vous êtes demandeur d'emploi
- L'original du ou des diplômes obtenus** (Diplôme professionnel ou autre diplôme vous permettant d'entrer en IFSI) qui sera vérifié lors de votre convocation sur l'institut
- Une attestation de désinscription de Parcoursup** pour les candidats bacheliers inscrits sur la plateforme OU une **attestation de non inscription sur Parcoursup** pour les candidats titulaires du Baccalauréat ou de l'équivalence de ce diplôme (fournie automatiquement au candidat par la plateforme)
- Les préconisations de la MDPH : <https://mdphenligne.cnsa.fr/mdph/69D> en cas de demande d'aménagement

⇒ Pour votre dossier « Stage » :

- La fiche « Renseignements 2025 pour le versement d'indemnités de stages/de transports des Etudiants de l'IFSI »** : renseignée, datée et signée
- Un relevé d'identité bancaire (RIB)** ou postal (RIP) à votre nom
- Deux attestations de responsabilité civile** pour l'année 2025-2026, couvrant les risques suivants : accidents corporels causés aux tiers, accidents matériels causés aux tiers, dommages immatériels. L'IFSI couvre les risques professionnels.
- Si vous avez des enfants, une photocopie du livret de famille

- La fiche « **Attestation médicale de vaccinations et d'immunisation** » (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Hépatite B), renseignée, datée et signée. Elle doit être envoyée **avant le 26 juillet 2025** à l'adresse suivante : **GROUPEMENT HOSPITALIER SUD SECTEUR STE EUGENIE Secrétariat de Médecine et Santé au Travail 1 AVENUE G CLEMENCEAU BATIMENT 4 O 69230 St GENIS LAVAL**



**ATTENTION : Aucun départ en stage ne sera possible sans votre attestation de responsabilité civile et sans votre attestation médicale de vaccination et d'immunisation.**

## 2. COUTS, FRAIS DE FORMATION ET MODALITES DE REGLEMENT

### Informations générales

- Le coût annuel pédagogique de la formation à l'IFSI est de **7 500,00 € pour l'année 2025-2026\***. **Le coût annuel pédagogique de votre formation est pris en charge par la Région, si vous êtes en poursuite d'étude ou demandeur d'emploi**
- Le coût annuel relatif à l'inscription universitaire est de **178 €**. *Attention, vous aurez déjà remis ce chèque lors de la confirmation de votre inscription*
- Le coût annuel relatif aux frais de dossiers est de **128 euros** (les promotions professionnelles HCL en sont exonérés)
- La contribution de Vie Etudiante et de Campus (CVEC) d'un montant de **103 €**, en 2025/2026 à régler et télécharger via le site : <https://cvec.etudiant.gouv.fr/> sauf pour l'étudiant (e) en promotion professionnelle financé(e) ou en autofinancement : vous n'êtes pas concerné(e) par cette contribution
- Etudiant(e)s bénéficiant d'une prise en charge financière en formation continue : Le coût annuel pédagogique de la formation peut être pris en charge totalement ou en partie par l'organisme payeur (Transition Pro, Employeur). Les frais annuels pédagogiques qui restent à votre charge seront calculés en fonction du taux de prise en charge financière par l'organisme payeur. Une convention tripartite (IFSI, étudiant (e) et financeur) sera établie en début de formation. **Si vous avez reçu un accord de prise en charge financière, nous vous remercions de nous faire parvenir une copie au plus vite.**

 Les modalités de prise en charge de votre formation par un organisme payeur ou autofinancement, doivent nous parvenir avant le **23 juin 2025**.

 Votre inscription ne sera enregistrée qu'après versement de vos frais de formation.

- Etudiant(e)s en disponibilité, étudiant(e)s ne bénéficiant pas d'une prise en charge financière en formation continue et/ou autre :  
Vous relevez **du statut d'autofinancement**. Vous bénéficiez d'un coût annuel pédagogique **spécifique** de la formation. Ces frais annuels qui sont à votre charge sont réajustés chaque année.  
Pour **l'année 2025-2026\***, ils s'élèvent à :
  - **5 000,00 €** de coût pédagogique comprenant les frais d'inscription universitaire. Le paiement sera échelonné en 3 fois (30% à la signature de la convention, prorata moins les 30% en décembre et le reste à la fin de l'année scolaire). Une convention entre l'étudiant(e) et l'IFSI sera établie en début de formation.

*\* Au-delà du 31/12/2025 : tarifs indicatifs sous réserve de validation du catalogue des tarifs HCL 2026, 2027 et 2028 par le Directeur Général.*

### ➤ Pass'Région

**Conditions :** Les étudiant(e)s doivent être âgé(e)s de moins de 26 ans. Vous devez vous inscrire sur le site [passregion.auvergnerhonealpes.fr](http://passregion.auvergnerhonealpes.fr) et suivre les indications.

Le code établissement est : **ZHCL001G**

La validation permettant l'activation de la carte sera réalisée par l'IFSI après la rentrée scolaire.

### ➤ Bourse du Conseil Régional

Pour vous accompagner dans votre formation, la Région Auvergne Rhône-Alpes met à votre disposition un certain nombre d'aides. Pour pouvoir bénéficier de celles-ci, vous devez répondre à des critères sociaux spécifiques. Pour vérifier votre éligibilité à ces aides et accéder à la demande de bourse en ligne, consulter le site Internet de la Région : <https://bourses.auvergnerhonealpes.fr/> (Formation sanitaires et sociales – Bourses régionales aux étudiants).

Le code établissement est : **4juJtSn**

La campagne de dépôt des demandes de bourse est ouverte **du 01 juin 2025 jusqu'au 31 octobre 2025**.

- ⇒ Un dossier complet et instruit avant l'été permet d'assurer le 1<sup>er</sup> versement de la bourse dès le mois de septembre.
- ⇒ Dès que le dossier est complet et instruit, l'étudiant reçoit sa notification. Si le dossier est favorable, l'étudiant reçoit une notification provisoire. Il peut ainsi justifier de son statut de futur boursier sans attendre la rentrée.

### 3. LES FORMALITES ET DOCUMENTS ATTESTANT DE VOTRE INSCRIPTION DEFINITIVE

#### ➤ Le certificat de scolarité

Deux certificats de scolarité vous seront remis la semaine de la rentrée **sous réserve d'avoir restitué vos pièces administratives et d'être à jour du règlement de vos frais de scolarité**. Aucun duplicata de certificat ne sera établi au cours de l'année de formation. Veillez à faire des photocopies.

#### ➤ L'inscription universitaire

Vous devrez :

1. Remplir un « **formulaire de pré-inscription en ligne** ». Le lien vous sera communiqué par la secrétaire d'année à partir de la rentrée.
2. Puis connexion à mascol avec identifiant reçu par mail de l'université après validation du formulaire en ligne, création d'un compte sésame (Lyon 1) inscription via IAWEB. : <https://mascol.univ-lyon1.fr/login>

Une page IFSI a été créée sur le site de l'université – Dpt de Biologie Humaine. Vous trouverez sur cette page toutes les informations, les guides et les liens nécessaires à votre inscription :

<https://biologie-humaine.univ-lyon1.fr/institut-de-formation-en-soins-infirmiers-ifs-1>

**⚠ L'inscription universitaire est obligatoire pour obtenir la carte étudiant ainsi que les droits universitaires nécessaires pour votre formation.**

**Arnaud BARRAS**

Directeur coordonnateur générale des soins  
Directeur IFSI des HCL

Service-Public.fr  

## Carte d'identité / Passeport

### Quelle photo ?

<p><b>QUALITE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Photo nette</li> <li>• Sans pliure</li> <li>• Ni trace</li> </ul>	 ❌	 ❌	 ✅
<p><b>DIMENSIONS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taille de la photo : 3,5 cm (largeur) 4,5 cm (hauteur)</li> <li>• Taille du visage : entre 3,2 et 3,6 cm (soit 70 à 80 % de la photo), du bas du menton au sommet du crâne (hors cheveux)</li> </ul>	 ❌	 ❌	 ✅
<p><b>CONTRASTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de surexposition ni sous-exposition</li> <li>• Pas d'ombre</li> <li>• Contrastes corrects</li> </ul>	 ❌	 ❌	 ✅
<p><b>COULEURS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fond uni</li> <li>• Couleur claire mais pas de fond blanc</li> </ul>	 ❌	 ❌	 ✅
<p><b>EXPRESSION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tête droite et regard face à l'objectif</li> <li>• Expression neutre</li> <li>• Bouche fermée</li> <li>• Yeux visibles et ouverts</li> </ul>	 ❌	 ❌	 ✅
<p><b>CHEVEUX</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tête nue sans chapeau, foulard, serre-tête ou objet décoratif</li> <li>• Pas de cheveux sur le visage</li> <li>• Pas de frange sur les yeux</li> <li>• Visage dégagé</li> </ul>	 ❌	 ❌	 ✅
<p><b>LUNETTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de monture épaisse</li> <li>• Pas de verres teintés</li> <li>• Pas de reflets sur les verres</li> </ul>	 ❌	 ❌	 ✅



## AIDE FINANCIERE

**N°PASS Région** : .....

Conditions : les étudiants doivent être âgés de moins de 26 ans.

Pour les étudiants éligibles qui n'ont pas de PASS'Région : ils doivent s'inscrire sur le site

[passregion.auvergnerhonealpes.fr](http://passregion.auvergnerhonealpes.fr) et suivre les indications. Le code établissement est : **ZHCL001G**

La validation permettant l'activation de la carte sera réalisée par l'IFSI après la rentrée scolaire.

**Demande de bourse régionale** : le site est ouvert du 1er juin au 31 octobre 2025.

Pour vous accompagner dans votre formation, la Région Auvergne Rhône-Alpes met à votre disposition un certain nombre d'aides. Pour pouvoir bénéficier de celles-ci, vous devez répondre à des critères sociaux spécifiques. Pour

vérifier votre éligibilité à ces aides et accéder à la demande de bourse en ligne, consulter le site Internet de la Région :

<https://bourses.auvergnerhonealpes.fr/> (Formation sanitaires et sociales – Bourses régionales aux étudiants).

Le code établissement est : **4juJtSn**

**Autre** (à préciser) Type d'aide : .....

## STATUT ETUDIANT ET PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

**Poursuite d'études**

**Demandeur d'emploi** : N°IDENTIFIANT France travail : ..... (joindre votre attestation à votre dossier)

Date de la demande: .....

Zone géographique de rattachement de votre agence (indiquer le département): .....

Sans indemnités :  **ARE\***:  **RFF\***:

**Promotion Professionnelle**

SALARIE HCL

SALARIE AUTRE ETABLISSEMENT

Indiquer : nom et adresse de l'employeur prenant en charge le coût de la formation :

.....

**Congé de Formation Professionnelle (CFP)**

Nom et adresse de l'employeur : .....

Indiquer : l'organisme prenant en charge le coût pédagogique de la formation (Transitions Pro, ANFH...)

.....

**Durée du CFP** : .....

**Si non prise en charge complète de la formation**, part restante à la charge de l'étudiant : .....

L'organisme prend en charge vos salaires:

**Autofinancement** (pas de prise en charge financière par un employeur ou un organisme)

\*ARE (Allocation de Retour à l'Emploi)

\*RFF (Rémunération de Fin de Formation)

## DEMANDE DE TIERS TEMPS OU AUTRE AMÉNAGEMENT EN FONCTION DE VOTRE HANDICAP :

**OUI**

**NON**

**MOYEN DE LOCOMOTION**

Train

Voiture

TCL

Vélo

Véhicule occasionnel

**DIPLÔME PROFESSIONNEL**

Titre du diplôme : ..... année d'obtention : .....

**CURSUS SCOLAIRES**

**Indiquez votre n° INE :** .....

Il figure sur votre relevé de notes du baccalauréat. Il comprend 10 chiffres et doit se terminer par une lettre.

**Baccalauréat :** Série : ..... année d'obtention : .....

**Equivalence Baccalauréat :** ..... année d'obtention : .....

**Validation des acquis :** Région d'obtention : ..... année d'obtention : .....

**ETUDES EFFECTUEES DEPUIS LE BACCALAUREAT ET DIPLÔME OBTENU**

Année scolaire	Discipline	Diplôme préparé	Diplôme obtenu	
20 . /	.....	.....	OUI	NON
20 . /	.....	.....	OUI	NON
20 . /	.....	.....	OUI	NON
20 . /	.....	.....	OUI	NON

**AGENTS EN PROMOTION PROFESSIONNELLE**

Nom de l'établissement de rattachement: .....

Date d'entrée: .....

Numéro de matricule : .....

**QUALIFICATION :**

A.S.H.

A.S.

Date d'obtention du DEAS : .....

A.P.

Date d'obtention du DEAP : .....

Autre

Préciser. : .....

Emploi occupé	Etablissement et service	Période



IFSI CLEMENCEAU  
1, Avenue G. CLEMENCEAU  
69230 SAINT GENIS LAVAL



**PREPARATION DU PARCOURS DE STAGE**

*Afin d'organiser au mieux votre parcours de stage, nous vous remercions de bien vouloir renseigner les différentes rubriques suivantes :*

NOM DE NAISSANCE : ..... NOM D'USAGE : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse de l'étudiant pendant la formation : .....

..... Commune : .....

N° tel fixe : ..... N° tel portable : .....

Adresse @ de l'étudiant : .....

(\*) **Obligatoire sous la forme « [prénom.nom@moteur](#) de recherche »**

Quel mode de transport utilisez-vous le plus souvent ? .....

**Renseignements complémentaires  
Concernant l'expérience personnelle et/ou professionnelle dans le secteur sanitaire et/ou social**

	Lieu	Durée
<b>Stages en secteur de soins ou paramédical effectués au cours de la scolarité antérieure</b>		
<b>Expérience professionnelle en qualité de :</b> - Aide-soignant - Agent des services hospitaliers - Autre profession paramédicale ou hospitalière (secrétaire par ex) ?	Fonction et lieu	Durée
<b>Connaissez-vous des personnes qui travaillent en secteur hospitalier ou extrahospitalier?</b> <b>Indiquer le lieu d'exercice ⇒</b>	Etablissement	Unité de soins

**INSTITUT DE  
FORMATIONS EN SOINS  
INFIRMIERS CLEMENCEAU**  
1, Avenue G. Clemenceau  
69230 ST GENIS LAVAL  
**TEL : 04 78 86 30 00**



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2025  
POUR LE VERSEMENT D'INDEMNITES DE STAGES / DE TRANSPORTS DES ETUDIANTS(ES) DE L'IFSI**

**IDENTIFICATION DE L'ETUDIANT(E)**

**NOM de naissance :** ..... **NOM marital :** .....

**PRENOMS :** .....

**Date de naissance :** ..... **Commune:** .....

**Département de naissance :** ..... **Pays d'origine :** .....

**Nationalité :** ..... **En cas de naturalisation, date :** .....

**ADRESSE PERSONNELLE :** .....  
.....  
.....

**Adresse électronique@ personnelle :** .....

**Obligatoire sous la forme « [prénom.nom@moteur](#) de recherche »**

**NUMERO DE SECURITE SOCIALE :**      / / / / / / / / / /

**SITUATION FAMILIALE :**  Célibataire    Marié(e)    Divorcé(e)    PACS    Concubin(e)    Veuf (ve)

Fait à  
Le

*Signature*



IFSI CLEMENCEAU  
 1, AVENUE GEORGES CLEMENCEAU  
 69230 SAINT GENIS LAVAL  
 Tél. 04.78.86.30.00



**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE**

Promotion 2025/2028

**A FAIRE REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE**  
*(Cf. liste sur le site internet de l'Agence Régionale de Santé de votre région)*

*Je soussigné(e), Docteur ....., Médecin AGREE (Inscrit sur la liste des médecins agréés de la région)*

*atteste que Mme, M.*

*Nom patronymique : .....*

*Nom marital : .....*

*Prénom : .....*

*Demeurant : .....*

*.....*

*Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la **profession d'infirmier (e)**.*

*Date .....*

*Cachet du Médecin :*

*Signature*

 <p><b>POLE DE SANTE PUBLIQUE</b> <b>Médecine et Santé au Travail</b></p>	<p><b>GROUPEMENT HOSPITALIER SUD</b> <b>SECTEUR STE EUGENIE</b> <b>SERVICE DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL</b> 1 Avenue G Clémenceau <b>Batiment 4 O</b> 69230 St Genis Laval</p>	<p>Candidat(e) à la <b>formation IDE</b> <b>Promotion 2025/2028</b></p>
--	---	---

Madame, Monsieur,

L'admission définitive dans un institut de formation des Hospices Civils de Lyon est subordonnée à la production, d'une attestation médicale d'immunisation et de **vaccinations obligatoires** concernant les maladies transmissibles suivantes : **Diphtérie, tétanos, poliomyélite, Hépatite B**

#### VACCINATION ANTI-HEPATITE B

Dans le cadre de vos stages cliniques puis de votre exercice professionnel, vous serez exposé(e) à des produits biologiques à risques infectieux, dont celui de l'Hépatite B est considéré comme majeur. Il s'agit d'une maladie grave, contre laquelle on dispose d'un vaccin efficace et sûr. **Depuis 1991, cette vaccination est légalement obligatoire, pour tout soignant.** Le ministère de la santé a rappelé le 24 janvier 2014 qu'une contre-indication à cette vaccination correspond de fait à une **inaptitude** à ce type de profession.

**Les élèves et étudiants**, conformément à la législation (arrêté du 02/08/2013), doivent justifier d'être immunisé(e) contre l'hépatite B dont les preuves sont :

- **Soit un taux d'anticorps anti-HBS > 100 UI/L**
- **Soit la preuve d'avoir reçu 3 injections de vaccin anti HVB ET un taux d'anticorps anti HBS > 10 UI/L ET l'antigène HBS indétectable sur le même prélèvement (quarante jours après la dernière injection)**

Pour les personnes non vaccinées, il est recommandé de débiter la vaccination le plus tôt possible : plusieurs protocoles de vaccination existent, mais celui qui assure une immunité la plus fiable nécessite six mois.

#### VACCINATION DTP

Les rappels sont effectués à âges fixes (25 ans, 45 ans et, en fonction de la poursuite des activités professionnelles, 65 ans).

**Ces vaccinations sont obligatoires pour les professionnels de santé.**

Nota : Pour les professionnels de santé, il est recommandé que les rappels administrés aux âges de 25, 45, 65 ans comportent systématiquement la valence coqueluche.

**En outre, les vaccinations suivantes ne sont pas obligatoires mais elles sont fortement recommandées :**

- ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole) :

- pour les personnes nées avant 1980 : 1 dose de vaccin trivalent
- pour les personnes nées depuis 1980 : 2 doses de vaccin trivalent (après l'âge d'un an)

*N.B. Si une vaccination est en cours, veuillez le préciser sur l'attestation de vaccinations, et transmettre par la suite, au Service de Médecine et Santé au Travail (adresse ci-dessous), toute vaccination complémentaire (ou résultat d'anticorps), pour mise à jour de votre dossier dans les plus brefs délais.*

**VOUS TROUVEREZ, PAGE SUIVANTE, LE DOCUMENT A FAIRE REMPLIR PAR UN MEDECIN, ET A ENVOYER AVANT LE 25/07/2025 A :**

PAR COURRIER	OU	PAR MAIL
<p><b>GROUPEMENT HOSPITALIER SUD</b> <b>SECTEUR STE EUGENIE</b> <b>SERVICE DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL</b> <b>1 AVENUE G CLEMENCEAU</b> <b>BATIMENT 4 O</b> <b>69230 ST GENIS LAVAL</b></p>		<p><a href="mailto:ghs.smst@chu-lyon.fr">ghs.smst@chu-lyon.fr</a></p>



POLE DE SANTE PUBLIQUE  
Médecine et Santé au Travail

GROUPEMENT HOSPITALIER SUD  
SECTEUR STE EUGENIE  
SERVICE DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL  
1 Avenue G Clémenceau  
Bâtiment 4 O  
69230 ST GENIS LAVAL

Candidat(e) à la  
formation IDE-  
Promotion 2025/2028

**A remplir par l'élève/étudiant(e) :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

**ATTESTATION MEDICALE DE VACCINATIONS ET D'IMMUNISATION**

*A faire remplir par un médecin + joindre obligatoirement la photocopie : des pages du carnet de vaccination ; du résultat de la sérologie (dosage des anticorps anti-HBs)*

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NOM DU VACCIN OU DU TEST	DATES
<p><b>Vaccin Diphtérie - Tétanos - Polio (obligatoire) - Coqueluche</b></p> <p>Nombre total de doses depuis la naissance (DTP ou DTCP) : _____</p> <p>Nom commercial du dernier vaccin _____ et Date _____/_____/_____</p>	
<p><b>Vaccin Hépatite B (obligatoire)</b></p> <p>Nom commercial _____ 1<sup>ère</sup> dose _____/_____/_____</p> <p>_____ 2<sup>ème</sup> dose _____/_____/_____</p> <p>_____ 3<sup>ème</sup> dose _____/_____/_____</p> <p>Nombre de doses supplémentaires : _____ et Dates _____/_____/_____</p> <p>_____/_____/_____</p> <p>_____/_____/_____</p> <p><b>Dosage des anticorps anti-HBs (obligatoire)</b> Date _____/_____/_____</p> <p><i>même ancien et attention si taux &lt;100, nécessité de dosage Ag HBs simultanément à préciser</i></p> <p style="text-align: right;"><b>Résultat</b> _____ UI/L</p>	
<p><b>Vaccin Rougeole - Oreillons - Rubéole</b></p> <p>Nombre de doses _____ et Dates _____/_____/_____</p> <p>A défaut date de la rougeole-maladie _____/_____/_____</p>	

Date \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_

Cachet du médecin