

 <p><b>POLE DE SANTE PUBLIQUE</b> <b>Médecine et Santé au Travail</b></p>	<p><b>GROUPEMENT HOSPITALIER CENTRE</b> <b>SERVICE DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL</b> 5, PLACE D'ARSONVAL <b>BATIMENT 13</b> 69437 LYON CEDEX 03 FRANCE</p>	<p><b>Candidat(e) à la formation MEM</b> <b>Promotion 2026-2029</b></p>
---	--	---

**A remplir par 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)*

VACCIN DIPHTERIE - TETANOS - POLIO (OBLIGATOIRE) - COQUELUCHE	DATES
Nom commercial du dernier vaccin _____ et Date _____	____/____/____
VACCIN HEPATITE B (OBLIGATOIRE)	DATES
Nom commercial _____ 1 <sup>ère</sup> dose	____/____/____
_____ 2 <sup>ème</sup> dose	____/____/____
_____ 3 <sup>ème</sup> dose	____/____/____
Nombre de doses supplémentaires :	
Si une personne a bénéficié d'une vaccination complète, en cas de sérologie négative : réaliser une nouvelle injection puis contrôler par sérologie.	
_____ 4 <sup>ème</sup> dose	____/____/____
_____ 5 <sup>ème</sup> dose	____/____/____
_____ 6 <sup>ème</sup> dose	____/____/____
<b>ATTENTION PAS PLUS DE 6 INJECTIONS</b>	
<b>Dosage des anticorps anti-HBs (obligatoire)</b>	Date ____/____/____
<i>même ancien pour validation de l'intégration</i>	<b>Résultat</b> _____ UI/L
VACCIN ROUGEOLE - OREILLONS – RUBEOLE (Non obligatoires mais fortement recommandées)	
Nom commercial _____ 1 <sup>ère</sup> dose	____/____/____
_____ 2 <sup>ème</sup> dose	____/____/____
A défaut date de la rougeole-maladie pour ceux né(e) avant 1980	____/____/____

Date \_\_\_\_\_

Cachet du médecin

Signature