

Test tuberculique - **Obligatoire**

Date : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Résultat :mm d'induration
Résultat datant de **moins de 1 an** avant l'entrée en formation (*sauf contre-indication motivée*).

BCG

Le décret n 2019-149 du 27 février 2019 a suspendu l'obligation de vaccination par le BCG toutefois, il appartient au médecin du travail de proposer la vaccination à certains professionnels à risque élevé d'exposition au bacille tuberculeux (R4426-6 du code du travail)

Nom du vaccin	Date ou mention « non vacciné »	N� de lot

Covid 19 - **Non Obligatoire**

Nom du vaccin	Date 1 ^{er}	Date 2 ^{�me}	Date 3 ^{�me}

Vaccinations fortement recommandées (*Coqueluche, ROR*)

Date : Type de vaccin : | Date : Type de vaccin :
Date : Type de vaccin : | Date : Type de vaccin :

Maladies infantiles	Antécédent de la maladie	OU Sérologie positive
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Résultat :
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Résultat :
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Résultat :
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Résultat :

Fait le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Nom du médecin :

.....

Cachet et signature

CADRE RESERVE A L'IFPS

CONFORME

RESERVE

CACHET ET SIGNATURE DU COORDONNATEUR