



# PASSEPORT VACCINATIONS DES APPRENTIS

Promotion : 2025-2026

CENTRE DE  
FORMATION EN  
APPRENTISSAGE DES  
AIDES-SOIGNANTS

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

- Certifie que M \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_, a reçu les vaccinations suivantes :

- Date, Cachet et Signature du Médecin :

## VACCINATIONS OBLIGATOIRES

VACCINATIONS OBLIGATOIRES			Cadre réservé au Service de Santé au Travail
DTP DTPCoq	Date : Date :		
HÉPATITE B (nom du vaccin à préciser)	Date 1 <sup>ère</sup> injection : Date 2 <sup>ème</sup> injection : Date 3 <sup>ème</sup> injection :	Dates des rappels ou doses additionnelles : 1- 2- 3-	
<b>SÉROLOGIE HEPATITE B</b> <b>Titrage Anticorps anti-HBs</b>  <b>ET sérologie complète si AC-HBs &lt;100 UI/L</b>	<b>Anticorps Anti-HBs</b> Date :  <b>Si taux d'AC Anti HBs inférieur à 100 UI/L : sérologie complète obligatoire</b>  Ac anti-HBs Date : Ac anti-HBc Date : Ag HBs Date :	Résultat :  Résultat : Résultat : Résultat :	

## VACCINATIONS/TESTS RECOMMANDÉS

Rougeole-Oreillons-Rubéole	Date 1 <sup>ère</sup> injection : Date 2 <sup>ème</sup> injection :	Date Maladie :	
Varicelle	Date : Date sérologie :	Date Maladie :	
Test tuberculinique	Date du test : Si résultat Tubertest >5 mmm (même ancien) → ORIENTER vers le CLAT pour avis	Résultat	
<p><b>Tout dossier médical incomplet ne sera pas validé par le Médecin du Travail</b></p>			Signature du Médecin du travail (pour validation) :