

MINISTERE DE LA JEUNESSE, DE L'EDUCATION NATIONALE  
ET DE LA RECHERCHE  
150bd Félix Descroix  
83408 HYERES CEDEX  
☎ 04 94 57 78 93  
☎ 04 94 57 28 11  
✉ CE.0831563Y@AC-NICE.FR

CERTIFICAT MEDICAL

VACCINATIONS OBLIGATOIRES CONCERNANT LES ELEVES PREPARANT LE  
**B.T.S.**  
ANALYSES BIOLOGIQUES MEDICALES

JE SOUSSIGNE(E) : ....., DOCTEUR EN MEDECINE,

LIEU D'EXERCICE ..... CERTIFIE

QU'EN L'APPLICATION DE L'ARTICLE L 3111 - 4 ET L 3112- 1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE,  
L'ELEVE :

NOM : ..... PRENOM : .....

NE(E) LE : ..... CLASSE : .....

EST A JOUR DES VACCINATIONS OBLIGATOIRES (DATES EXACTES EXIGEEES)

- DIPHTERIE, TETANOS, POLIOMYELITE : .....
- HEPATITE B : .....
- TUBERCULOSE : .....

A ....., LE .....

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

A REMETTRE AU PROFESSEUR PRINCIPAL AVEC LES VACCINATIONS A JOUR