

Je soussigné(e) Docteur..... Atteste que :

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le ...../...../..... à .....

Adresse : .....

CP : ..... VILLE : ..... PAYS : .....

N° de Portable de l'étudiant : ...../...../...../...../.....

**MERCI DE CONTACTER LE CENTRE DE SANTE (SUMPPS) POUR TOUTE QUESTION**  
[SUMPPS@UNIV-LILLE.FR](mailto:SUMPPS@UNIV-LILLE.FR)

**1) Pour le vaccin diphtérie – tétanos – poliomyélite** (selon les recommandations éditées au BEH 2013)

	Spécialité vaccinale	Lot et Fabricant	Date
1 <sup>ère</sup> injection			
2 <sup>ème</sup> injection			
3 <sup>ème</sup> injection			
4 <sup>ème</sup> injection			
5 <sup>ème</sup> injection (6 ans)			
6 <sup>ème</sup> injection (11 ans)			

**2) Pour l'hépatite B : SCHEMA COMPLET ET DOSAGE anticorps anti-Hbs et anti-Hbc OBLIGATOIRES**

	Spécialité vaccinale	Lot et Fabricant	Date
1 <sup>ère</sup> injection (M0)			
2 <sup>ème</sup> injection (M1)			
3 <sup>ème</sup> injection (M6)			
<b>Dosage :</b> Anticorps anti-Hbs Anticorps anti-Hbc Ag Hbs:	<b>Date :</b> <b>Date :</b>	<b>Titre :</b> <b>Titre :</b>	
<b>Rappel 1</b> (anti-Hbs= )			

*Pour un schéma complet : anticorps anti-Hbs > 10 Pour un schéma incomplet: anticorps anti-Hbs > 100*

**3) Intradermoréaction à la tuberculine (TUBERTEST : injection à 5 UI de tuberculine)**

Date : Valeur du test (en mm d'induration) :  
**à 72h**

**4) Pour la COVID-19 : SCHEMA COMPLET**

	Nom du vaccin	Lot et Fabricant	Date
1 <sup>ère</sup> injection			
2 <sup>ème</sup> injection			
3 <sup>ème</sup> injection			

En l'absence de 2<sup>ème</sup> injection, préciser le motif :

Remis en main propre à l'intéressé,

Fait le .....

Signature + Cachet :

**MERCI DE NOUS FAIRE PARVENIR CE DOCUMENT AVANT VOTRE ARRIVEE EN FRANCE**

**ET DE FAIRE UNE PHOTOCOPIE A METTRE DANS VOTRE CARNET DE VACCINATION**