

**Annexe 1**  
**Promotion 2021/2024**

**(FICHE A FAIRE COMPLETER PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT)**  
**(avant 16 juillet 2021)**

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** .....

**1 - Visite médicale**

Réalisée le : .....

**2 - Sérologie Hépatite B**

Réalisée le : .....

**3 - Vaccinations obligatoires**

	Vaccination		Date dernière injection	Rappel prévu le
	Oui	Non		
Diphtérie				
Tétanos				
Polio				
Hépatite B				

**4 - Vaccinations recommandées**

**Covid, Coqueluche, grippe saisonnière, rougeole, varicelle**

Cachet et signature du médecin

