

Nom & Prénom de l'étudiant(e)

Classe : BTSA Anabiotec 1ère année

Date de naissance

Régime : DP4 DP5 Interne
Externe Interne/Externé

Année scolaire **2026~2027**

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que l'élève :

Nom : Prénom :

Né(e) le | | | | | à Département | | |

1 - est à jour des vaccinations (**joindre obligatoirement copie du carnet de santé**).

Diphtérie : date de la dernière injection

Tétanos-Polio : date de la dernière injection.....

BCG le,

ROR (2 injections), le

le

2 - des vaccinations supplémentaires sont **conseillées** pour la filière ANABIOTEC

Une information vous sera donnée à la rentrée concernant les vaccins contre l'Hépatite B et le Typhim

Fait à : le :

Signature et cachet du médecin