

Nom du RRH :

Tél :

Fax :

CERTIFICAT IMMUNITAIRE

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Né(e) le :

Domicile :

Fonction :

Contact avec les patients ☐ oui ☐ non

Date d'entrée :

Taux d'activité : %

Lieu de travail :

Département :

☐ L'infirmier-ère en santé au travail

☐ Le médecin

soussigné(e), certifie que la personne susnommée répond aux critères vaccinaux et/ou immunitaires exigés pour son poste de travail.

Réserves, commentaires ou conditions :

Date :

Timbre et signature :