



CENTRE HOSPITALIER  
Carcassonne



INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS

☎ 04 30 51 24 00

Email : [secr.direction.ifsifas@ch-carcassonne.fr](mailto:secr.direction.ifsifas@ch-carcassonne.fr)

## ATTESTATION D'ENGAGEMENT DE VACCINATION CONTRE L'HEPATITE B

Nom.....

Prénom.....

Né(e) le .....

Promotion : .....

- M'engage à finaliser le protocole de vaccination contre l'hépatite B, en 3 injections : **M0** – **M1** (1 mois après) et **M6** (6 mois après). (arrêté du 22 février 2018 abrogeant l'arrêté du 02 mars 2017 suspendant les annexes I et II de l'arrêté du 02 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique).
- M'engage à fournir la photocopie de ma (mes) vaccination(s) par le biais de mon carnet de santé auprès du secrétariat de l'IFAS du Centre Hospitalier de Carcassonne.

Date et Signature :