



**Direction de la Sécurité Civile  
et de la Gestion des Risques  
de Nouvelle Calédonie**

Service médical

Tél Secrétariat : (687) 20 77 12

<mailto:secretariat-medecin.dscgr@gouv.nc>

Cochet du service médical  
ayant édité ce certificat

## ATTESTATION DE VACCINATION

(Médecin traitant, CMS, PMI...)

**NOM :**

**PRENOM :**

**DDN :**

*En vue de sa future intégration à la Sécurité Civile, nous avons besoin de connaître le statut vaccinal de cette personne. En effet, en l'absence de DUPLICATA de vaccinations ou de CARNET de SANTE, le service médical est dans l'obligation de reprendre la TOTALITE des vaccinations obligatoires sur le territoire Calédonien, ainsi que celles, plus spécifiques, du calendrier vaccinal des sapeurs-pompiers.*

*Merci de bien vouloir remplir cette fiche afin de lui éviter ce désagrément.*

Les vaccins sont-ils à jour (cocher la case) :

- OUI
- NON

Vaccin	Nom commercial	Nombre d'injections	Date dernière injection
BCG			
IDR			.....mm Positive / Négative (entourer)
DTPc			
ROR			
Méningite			
Typhoïde			
Pneumocoque			
HPV			
Hépatite B	Vaccin :		
	Sérologie :		
Autres			

A (lieu)

, le

Nom, prénom, grade, fonction,  
et signature du médecin qui a examiné le candidat  
Numéro d'inscription à l'Ordre : 11.760 H