



ATTESTATION DE VACCINATION

Pour les enfants nés à partir de 2018

Je soussigné(e) (NOM et prénom), déclare exacts les renseignements portés ci-dessous concernant mon enfant, certifie que l'enfant né(e) le fréquentera l'établissement ci-dessus désigné à partir de

VACCIN OBLIGATOIRE

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diphtérie, ▪ Tétanos ▪ Poliomyélite <p style="text-align: right;">(DTP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infections invasives à <i>Pneumocoque</i> (PHC) <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Méningocoque de sérogroupe C (MnC) <p>1</p> <p>2</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rougeole ▪ Oreillons ▪ Rubéole (ROR) <p>1</p> <p>2</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coqueluche ▪ Infections invasives à <i>Haemophilus influenzae</i> de type b ▪ Hépatite B <p style="text-align: right;">(DTCaP)</p> <p style="text-align: right;">(Hb)</p> <p style="text-align: right;">(Hep B)</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>			

Fait à

le

Signature :

A remplir dans le cas où le vaccin n'est pas à jour

Je soussigné(e) (NOM et prénom) m'engage à mettre à jour les vaccinations de mon enfant (NOM et prénom) dans les 3 mois ou à produire un certificat de contre indication temporaire ou permanent.

Fait à le

Signature :

A remplir en cas de refus systématique de toute vaccination

Je soussigné(e) (NOM et prénom), déclare être pleinement informé(e) des conséquences éventuelles en cas d'épidémie.

Fait à le

Signature :

Joindre un certificat médical

IMPORTANT : à noter

Contre-indications médicales :

.....

Remarques : L'école garantit la confidentialité de ce document