



Année scolaire : 2022/2023

## ATTESTATION DE VACCINATION

Pour les enfants nés avant 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

D.T.P.                    3<sup>e</sup> injection                    .....

                                  1<sup>er</sup> rappel                    .....

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



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