ÉCOLE NOTRE-DAME
LIGNÉ

Année scolaire : 2023/2024

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

▪ Diphtérie, ▪ Tétanos } *(DTP)* ▪ Poliomyélite ▪ Coqueluche *(DTCaP)* ▪ Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b *(Hb)* ▪ Hépatite B *(Hep B)* 1 ..... 2 ..... 3	▪ Infections invasives à *Pneumocoque (PHC)* 1 ..... 2 ..... 3	▪ Méningocoque de sérogroupe C *(MnC)* 1 ..... 2	▪ Rougeole ▪ Oreillons ▪ Rubéole *(ROR)* 1 ..... 2	

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*