ÉCOLE NOTRE-DAME
LIGNÉ

Année scolaire : 2023/2024

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.	3e injection	……
	1er 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*

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*