



Année scolaire : 201..... / 201...

ATTESTATION DE VACCINATIONS

Je, soussigné(e) (NOM et Prénom), déclare exacts les renseignements portés ci-dessous concernant mon enfant

certifie que l'enfant :

né(e) le

qui fréquentera l'établissement ci-dessus désigné à partir de

VACCINS OBLIGATOIRES

D.T.P	3 ^{ème} injection
	1 ^{er} rappel
	2 ^{ème} rappel
B.C.G	Date
	Monotest positif - négatif le

AUTRES VACCINS

.....

.....

Les vaccins sont contrôlés en cours de scolarité par les services de P.M.I et de santé scolaire

Fait à le

Signature :

À REMPLIR DANS LES CAS OÙ LES VACCINS NE SONT PAS À JOUR

Je soussigné(e) (NOM, Prénom)
m'engage à mettre à jour les vaccinations de mon enfant (NOM, Prénom)

Fait à le Signature :

À REMPLIR EN CAS DE REFUS SYSTÉMATIQUE DE TOUTE VACCINATION

Je soussigné(e) (NOM, Prénom)
Déclare être pleinement informé(e) des conséquences éventuelles pour mon enfant 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.