

CERTIFICAT D'ENTRÉE EN MILIEU D'ACCUEIL

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que l'enfant

.....

Né(e) le

Peut fréquenter un milieu collectif et a reçu les vaccinations suivantes :

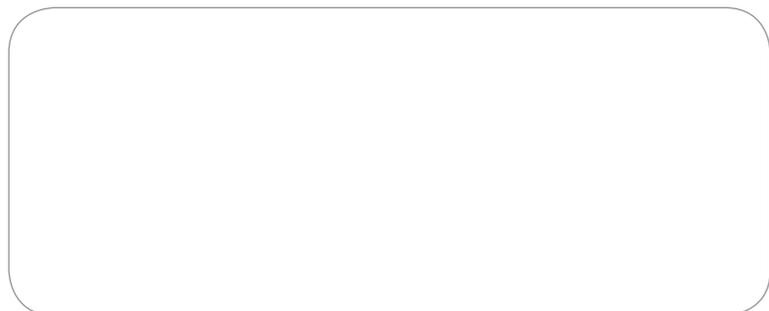
		2 mois	3 mois	4 mois	12-13 mois	14-15 mois
Hexavalent	Poliomyélite*					
	Diphtérie*					
	Tétanos	<input type="checkbox"/>				
	Coqueluche*	<input type="checkbox"/>				
	HIB (Haemophilus Influenzae B)*					
	Hépatite B					
RRO	Rougeole*					
	Rubéole*	<input type="checkbox"/>				
	Oreillons*	<input type="checkbox"/>				
	Méningocoque C	<input type="checkbox"/>				
	Pneumocoque	<input type="checkbox"/>				
	Rotavirus	<input type="checkbox"/>				

Dispositions particulières (allergies, etc.) :

.....

Date :

Signature :



Cachet du médecin

* L'obligation vaccinale porte sur les vaccins contre les maladies suivantes : diphtérie – coqueluche – polio – haemophilus influenzae B, rougeole, rubéole, oreillons. Mais tous les vaccins recommandés par la Communauté française sont a fortiori vivement recommandés pour les enfants fréquentant un milieu d'accueil.