

CERTIFICAT D'ENTRÉE EN MILIEU D'ACCUEIL

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

.....

Né(e) le

Peut fréquenter un milieu d'accueil et a reçu les vaccinations suivantes :

		2 mois	3 mois	4 mois	12-13 mois	14-15 mois
Hexavalent	Poliomyélite*					
	Diphtérie*	.../.../...	.../.../...	.../.../...		.../.../...
	Tétanos	.../.../...	.../.../...	.../.../...		.../.../...
	Coqueluche*					
	HIB (Haemophilus Influenzae B)*	.../.../...	.../.../...	.../.../...		.../.../...
	Hépatite B	.../.../...	.../.../...	.../.../...		.../.../...
RRO	Rougeole*					
	Rubéole*				.../.../...	
	Oreillons*					
	Méningocoque C					.../.../...
	Pneumocoque	.../.../...		.../.../...	.../.../...	
	Rotavirus	.../.../...	.../.../...	.../.../...		

(ou joindre une copie du carnet de vaccination)

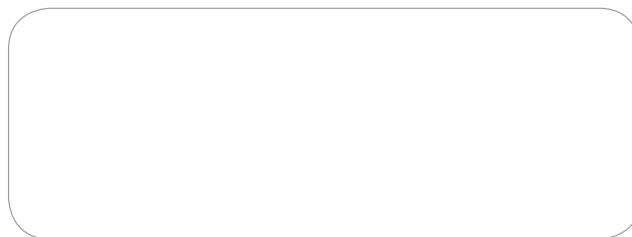
Dispositions particulières (allergies, etc.) :

.....
.....
.....

Date : .../.../...

Signature :

Cachet du médecin



* L'enfant qui fréquente un milieu d'accueil doit être vacciné pour les 7 maladies suivantes : diphtérie, coqueluche, polio, hémophilus influenzae, rougeole, rubéole, oreillons.
Cependant, les vaccins contre le tétanos, l'hépatite B, le méningocoque de type C, le pneumocoque et le rotavirus sont fortement recommandés étant donné le risque non exclu de contamination.