

Certificat d'entrée en milieu d'accueil

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

Nom et prénom :

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* ¹⁸	 / /	 / /	 / /		 / /
	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, pathologie chronique, dispositif médical, etc.) :

Date

Signature

Cachet du médecin

¹⁸ * L'enfant qui fréquente un milieu d'accueil doit être vacciné pour les 7 maladies suivantes : diphtérie, coqueluche, polio, haemophilus influenzae de type B, 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.