

## \* VACCINATIONS OBLIGATOIRES \*

**Un enfant doit être vacciné (sauf contre-indication médicale reconnue) pour pouvoir être admis à l'école.**

Les personnes titulaires de l'autorité parentale doivent veiller au respect de cette obligation.

Le nombre de vaccins obligatoires dépend de la date de naissance de l'enfant :

### **Enfants nés avant 2018 :**

Les vaccinations obligatoires sont les suivantes : **diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)**.

Les autres vaccinations ne sont pas obligatoires.

### **Enfants nés en 2018 ou après :**

Les **11 vaccinations obligatoires** sont les suivantes :

- **diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP) ;**
- **coqueluche ;**
- **infections invasives à Haemophilus influenzae de type b ;**
- **hépatite B ;**
- **infections invasives à pneumocoque ;**
- **méningocoque de sérogroupe C ;**
- **rougeole, oreillons et rubéole.**

Les autres vaccinations ne sont pas obligatoires.

**Vous trouverez en page suivante un modèle de certificat de vaccinations à faire remplir par un professionnel de santé.**

# Certificat de vaccinations pour admission scolaire

Ce modèle de certificat peut être rempli par un professionnel de santé, médical ou paramédical (médecin, infirmière, puéricultrice, sage-femme), afin de constituer le dossier d'inscription ou mettre à jour le dossier administratif d'un élève.

Je soussigné(e), certifie avoir pris connaissance, ce jour, du statut vaccinal de l'élève :

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Sexe    F    M

Date des vaccins											
	Date de la dernière injection	Cochez la case de la dernière injection réalisée				Cochez la case de l'injection demandée (s'il y a lieu)					
		1ère	2ème	3ème	Rappel 1	Rappel 2	1ère	2ème	3ème	Rappel à faire de suite	Rappel à faire en
<b>Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite</b>											
Coqueluche											
Haemophilus influenzae b											
Hépatite B											
Pneumocoque											
Méningocoque C											
Rougeole-Oreillons-Rubéole											
Autre :											
Autre :											

Commentaires libres :

et atteste que les vaccinations obligatoires sont     réalisées     en cours de réalisation     non réalisées

Date (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_    Identification du professionnel de santé et signature :