Certificat de vaccinations pour admission scolaire

Ce 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
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite											
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 :