



Ecole Notre Dame
12, rue d'Issé
44590 Saint Vincent des Landes
Tel : 02 40 55 33 17
ec.st-vincent-landes.notre-dame@ec44.fr

Année scolaire 20...../20.....

ATTESTATION DE VACCINATIONS

Elève

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____ Sexe : _____

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

ENFANTS NES AVANT LE 1 ^{ER} JANVIER 2018	VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Autres Vaccins facultatifs	Dates
	DT Polio (Diphtérie, tétanos, polyomélite)				BCG	
					Hépatite B	
					Rubéole oreillons rougeole	
					Coqueluche	
ENFANTS NES APRES LE 1 ^{ER} JANVIER 2018	Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Hépatite B					
	Pneumocoque C					
	Méningocoque					
	Rougeole, Oreillon, Rubéole					

Renseignements Médicaux concernant l'enfant

ALLERGIES : ASTHME Oui Non
ALIMENTAIRES Oui Non
MEDICAMENTEUSES Oui Non
AUTRES Précisez la cause de l'allergie : _____

Indiquez ci-après les **informations de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, port de lunettes, lentilles, prothèses auditives) :

A remplir dans le cas où les vaccins ne sont pas à jour

Je soussigné(e) (NOM et prénom) m'engage à mettre à jour les vaccinations de mon enfant (NOM et prénom) dans les 3 mois ou à produire un certificat de contre indication temporaire ou permanent.

Signature :

A remplir en cas de refus systématique de toute vaccination

Je soussigné(e) (NOM et prénom), déclare être pleinement informé(e) des conséquences éventuelles en cas d'épidémie.

Signature :

Joindre un certificat médical

Fait à le

Signature :

L'école garantit la confidentialité de ce document