

ATTESTATION DE VACCINATIONS

Je, soussigné atteste que l'état vaccinal de l'enfant
est le suivant :

1. VACCINATIONS OBLIGATOIRES :

- Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche (*pertussis*), l'*haemophilus influenzae b* et l'hépatite B*

Date	vaccin	lot	Signature et identification du vaccinateur

* Si le vaccin contre l'hépatite B est effectué à l'aide d'un vaccin monovalent, le reporter page suivante.
Si utilisation d'un vaccin autre que le vaccin hexavalent, préciser le nom du vaccin.

- Vaccination contre les infections à pneumocoque

Date	vaccin	lot	Signature et identification du vaccinateur

- Vaccination contre les infections invasives à méningocoque de sérogroupe C

Date	vaccin	lot	Signature et identification du vaccinateur

- Vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) (*measles, mumps, rubella*)

Date	vaccin	lot	Signature et identification du vaccinateur

RAPPELS :

- Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite*, la coqueluche (*pertussis*) (1)

Date	vaccin	lot	Signature et identification du vaccinateur

* Rappels obligatoires.

(1) Rappel à 6 ans : DTcaP ; rappel à 13 ans dTcaP.

- **Vaccination contre le papillomavirus**

Date	vaccin	lot	Signature et identification du vaccinateur

- **Vaccination contre l'hépatite B**

Date	vaccin	lot	Signature et identification du vaccinateur

2. Vaccinations recommandées :

- **Résultat du test de dépistage (si indiqué)**

Date	Intradermoréaction à la tuberculine	lot	Date de lecture	Résultat	Signature et identification du vaccinateur

- **Vaccination antituberculeuse : BCG***

Date	vaccin	lot	Signature et identification du vaccinateur

* Ce vaccin est recommandé pour tous les enfants vivant en Île-de-France, en Guyane, à Mayotte, ainsi que les enfants confrontés au risque de tuberculose.

- **Autre vaccinations**

Date	vaccin	lot	Signature et identification du vaccinateur

Fait à le

Le Vaccinateur,