

CERTIFICAT D'ENTRÉE EN MILIEU D'ACCUEIL

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

Né(e) le

Peut fréquenter un milieu collectif et a reçu les vaccinations suivantes :

		2 mois	3 mois	4 mois	12-13 mois	14-15 mois
Hexavalent	Poliomyélite*					
	Diphtérie*					
	Tétanos					
	Coqueluche*					
	HIB (Haemophilus Influenzae B)*					
	Hépatite B					
RRO	Rougeole*					
	Rubéole*					
	Oreillons*					
	Méningocoque C					
	Pneumocoque					
	Rotavirus					

Dispositions particulières (allergies, etc.) :

Date :

Signature :

Cachet du médecin

*
« **!!! Attention : Si votre enfant fréquente un Milieu d'accueil, il doit être vacciné contre les maladies suivantes : Diphtérie, coqueluche, polio, hémophilus influenzae, 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. »