**ATTESTATION DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES A JOUR**

*(pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018)*

JE SOUSSIGNE(E)……………...……………………………………………… (docteur en médecine) CERTIFIE QUE L’ENFANT………...........................................................................…NÉ LE …………………….

est à jour de ses vaccinations obligatoires conformément au calendrier vaccinal (décret 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire).

***Merci de bien vouloir cocher la case correspondante à la situation de votre patient :***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **de 2 à 6 mois**L’enfant a reçu au minimum une dose de chaque valence requise pour son âge : DTCaP, Hib, Hep B et Pneumocoque.*Remarque si besoin* :A……………………………….le……………………………..Cachet et signature | **🞎** | N’est pas à jour de ses vaccinationsA………..............…………………le…...……………...………………Cachet et signature | **🞎** |
| **de 6 à 12 mois**L’enfant a reçu au minimum deux doses de vaccins DTCaP, Hib, Hep B et pneumocoque ainsi qu’une dose de vaccin contre Méningocoque C.*Remarque si besoin* :A………………………………le…………………………….Cachet et signature | **🞎** | N’est pas à jour de ses vaccinationsA………..............…………………le…...……………...………………Cachet et signature | **🞎** |
| **de 13 à 18 mois**L’enfant a reçu l’ensemble des doses requises, soit 3 doses de DTCaP, Hib, Hep B et Pneumocoque, 2 doses de Méningocoque C et 2 doses de ROR.*Remarque si besoin* :A………………………………le…………………………….Cachet et signature | **🞎** | N’est pas à jour de ses vaccinationsA………..............…………………le…...……………...………………Cachet et signature | **🞎** |