

# Certificat d'entrée en milieu d'accueil

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

Né(e) le .../.../...

Peut fréquenter un milieu d'accueil 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	.../.../...	.../.../...	.../.../...		

(ou joindre une copie du carnet de vaccination)

Dispositions particulières (allergies, etc.) :

Date : .../.../...

Signature :

Coordonnées du médecin traitant :

Cachet du médecin

\* L'obligation vaccinale porte sur les vaccins contre les maladies suivantes : diphtérie - coqueluche - polio - haemophilus influenzae B, rougeole, rubéole, oreillons. Mais tous les vaccins recommandés par la Communauté française sont a fortiori vivement recommandés pour les enfants fréquentant un milieu d'accueil.