

Je soussigné(e)

Parent de l'enfant

Certifie que le programme de vaccination de mon enfant est bien à jour au sujet des 11 vaccins mentionnés ci-dessous :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> la diphtérie, | <input type="checkbox"/> la rougeole, |
| <input type="checkbox"/> le tétanos | <input type="checkbox"/> les oreillons, |
| <input type="checkbox"/> la poliomyélite | <input type="checkbox"/> la rubéole, |
| <input type="checkbox"/> l'haemophilus influenzae B
(bactérie provoquant notamment des pneumopathies et des méningites), | <input type="checkbox"/> le méningocoque C (bactérie provoquant des méningites), |
| <input type="checkbox"/> la coqueluche, | <input type="checkbox"/> le pneumocoque (bactérie provoquant notamment des pneumopathies et des méningites) |
| <input type="checkbox"/> l'hépatite B, | |

Fait à Allinges le

Signature