

NOM :

PRENOM :

Classe :

Médecin Traitant

Nom : _____ ☎ | | | | | | | | | | | |

Adresse : _____

Votre mutuelle

Nom : _____

Vaccinations à remplir ou joindre la photocopie des pages vaccinations du carnet de santé

Vaccins obligatoires* :	OUI	NON	Date des derniers rappels
Diphtérie- Tétanos-Polio			
Rougeole – Oreillons –Rubéole			
Coqueluche*			
Haemophilus* (influenzae de type b)			
Hépatite B*			
Pneumocoque*			
Méningocoque C*			
Autres (préciser)			

***Pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018**

Si l'élève n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Sorties ou voyages scolaires

Informations et recommandations importantes
Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé – énurésie, maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation... - en indiquant les dates, ainsi que les précautions à prendre : _____ _____ _____
Votre enfant porte-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ? Précisez aussi s'il est astreint à un régime alimentaire particulier (allergies, choix religieux, ...) _____

