

INFORMATION DE L'ENFANT

Nom et prénom de l'enfant : _____

Date de naissance de l'enfant : _____

Structure d'accueil : _____

FICHE DE SUIVI DES VACCINATIONS

Document à faire remplir par le médecin traitant de l'enfant et à remettre à la direction de l'établissement d'accueil (crèche, micro crèche, accueil de loisirs).

| | | |
|--|----------------------------------|--------------------------------------|
| Hexavalent (Infanrix, Hexa ou Hexyon) | <input type="checkbox"/> 2 mois | <input type="checkbox"/> 6 ans |
| | <input type="checkbox"/> 4 mois | <input type="checkbox"/> 11 ans |
| | <input type="checkbox"/> 11 mois | |
| Pneumocoque (Prevenar) | <input type="checkbox"/> 2 mois | |
| | <input type="checkbox"/> 4 mois | |
| | <input type="checkbox"/> 11 mois | |
| ROR | <input type="checkbox"/> 5 mois | <input type="checkbox"/> 12 mois |
| Méningite C | <input type="checkbox"/> 5 mois | <input type="checkbox"/> 12 mois |
| BCG | <input type="checkbox"/> | |
| Varicelle | <input type="checkbox"/> maladie | <input type="checkbox"/> vaccination |
| Autre : | | |

Obligatoires

Date : _____ (à renouveler tous les ans)

Nom, tampon et signature du médecin traitant :

L'enfant ne présente pas de contre indication à la vie en collectivité