

Preuve de vaccination des enfants de moins de 6 ans

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que l'enfant précité est vacciné selon le schéma préconisé par l'ONE.

Veuillez spécifier les dates auxquelles l'enfant a reçu les vaccins.

		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	.....	.....	

Nom du médecin:

Date et signature:

Cachet:

* Vaccins recommandés, mais non obligatoires