



Réf : F16031.02

Direction de l'Action Sanitaire et Sociale
(DPASS)
12, rue de Verdun
BP U2, 98852
Nouméa cedex Tél. 20 44 00
- Fax 20 47 99
dpass.contact@province-sud.nc

CERTIFICAT DE VACCINATIONS POUR ADMISSION SCOLAIRE

Ref. : ancien code de la santé publique applicable à la Nouvelle-Calédonie, art. Lp. 3111-1 et art. R. 3111-2, R. 3111-2, R. 3111-3 et suivants, art. R. 3111-54 et R. 3111-54 ; loi du pays modifiée n° 2001-016 du 11 janvier 2002 relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie, art. Lp. 77

INFORMATION

Ce certificat doit être rempli par un médecin :

- Lors de la constitution du dossier d'inscription précédant la rentrée scolaire
- Lors de la 1ère rentrée dans un nouvel établissement

Je soussigné(e), certifie avoir examiné l'enfant :

Nom _____ Prénom _____

Né(e) le (jj/mm/aaaa) _____ Sexe F M

Et avoir pris connaissance, ce jour, de son statut vaccinal.

J'atteste que les vaccinations obligatoires sont Réalisées Non réalisées

S'il existe une contre-indication médicale reconnue au sens de l'article R. 3111-2 de l'ancien code de la santé publique applicable en Nouvelle-Calédonie, indiquez-le en détail et lisiblement dans le champ "commentaires libres" ci-dessous.

Dates des injections

DIPHTÉRIE TÉTANOS POLIO COQ HAEMOPHILUS	1.
	2.
	3.
DIPHTÉRIE TÉTANOS POLIO COQ	4.
HÉPATITE B	1.
	2.
	3.
ROUGEOLE OREILLONS RUBÉOLE	1.
	2.
BCG	1.
TEST TUBERCULINE	1.
Résultat	

 Oui

L'élève nécessite la mise en place d'un PAI : Non

Commentaires libres :

Date (jj/mm/aaaa) _____ Identification du médecin et signature :