

CERTIFICAT DE VACCINATIONS POUR ADMISSION SCOLAIRE

Direction de l'Éducation de la province Sud
(DES)
55, rue Georges Clémenceau
BP L1, 98849 Nouméa cedex
Tél. 20 49 00 - Fax 20 30 23
des.bureau-ecoles@province-sud.nc

Décret n° 2009-553 du 15 mai 2009 relative aux dispositions réglementaires du livre V du code de l'éducation.
Délibération du Congrès de la Nouvelle-Calédonie n°21/CP du 4 mai 2006 modifiée par n°45/CP du 20 avril 2011.

INFORMATION

Ce certificat doit être rempli par un professionnel de santé, médical ou paramédical [médecin, infirmier(ère), puéricultrice, sage-femme] :

- 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 pris connaissance, ce jour, du statut vaccinal de l'élève :

Nom _____ Prénom _____

Né(e) le (jj/mm/aaaa) _____ Sexe F M

	DATE DES VACCINS		
	Date de la dernière injection	cochez la case de la dernière injection réalisée	cochez la case de l'injection demandée (s'il y a lieu)
DIPHTÉRIE TÉTANOS POLIO COQ HAEMOPHILUS (PENTAVAC ou INFANRIX QUINTA) OU DIPHTÉRIE TÉTANOS POLIO COQ (TETRAVAC ou INFANRIX TETRA ou REPEVAX) OU DIPHTÉRIE TÉTANOS POLIO (REVAXIS)		<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} <input type="checkbox"/> rappel	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} <input type="checkbox"/> rappel
		<input type="checkbox"/> rappel 1 <input type="checkbox"/> rappel 2	<input type="checkbox"/> rappel à faire de suite <input type="checkbox"/> rappel à faire en _____
		<input type="checkbox"/> rappel 1 <input type="checkbox"/> rappel 2	<input type="checkbox"/> rappel à faire de suite <input type="checkbox"/> rappel à faire en _____
HÉPATITE B (GENHEVAC B ou ENGERIX B)		<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} <input type="checkbox"/> rappel	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} <input type="checkbox"/> rappel
ROUGEOLE OREILLONS RUBÉOLE (MMR VAX PRO ou PRIORIX ou ROR)		<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} <input type="checkbox"/> 2 ^{ème}	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} <input type="checkbox"/> 2 ^{ème}
BCG		<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} <input type="checkbox"/> 2 ^{ème}	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
IDR / TUBERTEST / MONOTEST	Résultat	IDR/TUBERTEST/MONOTEST N° _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Commentaires libres _____

Et atteste que les vaccinations obligatoires sont Réalisées En cours de réalisation Non réalisées

Date (jj/mm/aaaa) _____ Identification du professionnel de santé et signature :