

ECOLE SAINT FELIX

2 rue Soubzmain 44000 NANTES

Tél./Fax : 02 40 74 12 97

Mail : ecolestfelix@gmail.com

Année

ATTESTATION DE VACCINATIONS

Je soussigné(e) (NOM et prénom), déclare exacts les renseignements portés ci-dessous concernant mon enfant, certifie que l'enfant né(e) le fréquentera l'établissement ci-dessus désigné à partir de

VACCINS OBLIGATOIRES

D.T.P. 3^e injection
 1^{er} rappel
 2^e rappel

AUTRES VACCINS

.....
.....
.....

Les vaccins sont contrôlés en cours de scolarité par les services de P.M.I. et de Santé scolaire...

Fait à le

Signature :

A remplir dans le cas ou les vaccins ne sont pas à jour

Je soussigné(e) (NOM et prénom) m'engage à mettre à jour les vaccinations de mon enfant (NOM et prénom)

Fait à le

Signature :

A remplir en cas de refus systématique de toute vaccination

Je soussigné(e) (NOM et prénom), déclare être pleinement informé(e) des conséquences éventuelles pour mon enfant en cas d'épidémie.

Fait à le

Signature :

Joindre un certificat médical

IMPORTANT : à noter

Contre-indications médicales :

Remarques :

L'école garantit la confidentialité de ce document