



**VICE-RECTORAT
DE LA NOUVELLE-CALÉDONIE**
DIRECTION GÉNÉRALE
DES ENSEIGNEMENTS

CERTIFICAT DE VACCINATIONS POUR ADMISSION SCOLAIRE

Réf. : Délibération n°64/CP du 19 avril 2017 instituant le chapitre Ier du sous-titre Ier du titre Ier du livre III de la partie réglementaire de l'ancien code de la santé publique applicable en Nouvelle-Calédonie (vaccinations) et portant diverses mesures d'ordre social et son annexe

Ce certificat doit être rempli par un médecin pour toute inscription dans un nouvel établissement scolaire

Je soussigné (e) Docteur

Certifie que l'enfant :

Nom : Prénom :

Né (e) le Sexe : F / __ / M / __ /

Est à jour des vaccinations obligatoires selon le calendrier vaccinal en vigueur en Nouvelle Calédonie.

	Injections (dates)	Rappels (dates)
DIPHTERIE TETANOS POLIOMYELITIS	1)	R1)
	2)	R2)
	3)	R3)
COQUELUCHE	1)	R1)
	2)	R2)
		R3)
HAEMOPHILUS INFLUENZAE B	1)	R1)
	2)	
HEPATITE B	1)	
	2)	
	3)	
ROUGEOLE OREILLONS RUBEOLE	1)	
	2)	
TUBERCULOSE BCG IDR A LA TUBERCULINE		
		Résultat :

Commentaires :

(En cas de contre-indication médicale, merci de le mentionner en précisant la vaccination concernée)

Date :

Cachet et signature du médecin :