

AUTORISATION DE VACCINATION

Je, nous, soussigné(s) Mr., Mme,

Parent(s) de l'enfant :

Déclare (déclarons) avoir pris connaissance de l'information sur les vaccinations et sollicite (sollicitons) la vaccination de notre enfant par le médecin de la consultation pour enfants, selon le schéma préconisé par l'ONE et la Communauté française de Belgique contre les maladies suivantes:

- Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Hépatite B, Haemophilus Influenzae (vaccin hexavalent)*
- Rougeole, Rubéole, Oreillons*
- Méningocoque de type C
- Pneumocoque
- Rotavirus
- Hépatite A
- Varicelle

Veillez barrer la ou les maladies pour lesquelles vous ne désirez pas que la vaccination soit pratiquée par le médecin de la consultation médicale (hormis les vaccinations obligatoires)*.

Afin d'éviter toute vaccination inutile, je m'engage (nous nous engageons) à signaler au médecin de la consultation toute vaccination faite en dehors de la consultation.

Attention, certains vaccins sont fournis regroupés, il ne sera donc pas possible de supprimer certains vaccins sans en supprimer d'autres.

Les vaccins administrés seront notifiés dans le carnet ONE de l'enfant.

Date :

« Lu et approuvé »

Signature du (des) parent(s) :

*** « !!! Attention : Si votre enfant fréquente un Milieu d'accueil, il doit être vacciné contre les maladies suivantes : Diphtérie, coqueluche, polio, hémophilus influenzae, rougeole, rubéole, oreillons.**

Cependant, les vaccins contre le tétanos, l'hépatite B, le méningocoque de type C, le pneumocoque et le rotavirus sont fortement recommandés étant donné le risque non exclu de contamination. »