

**ENGAGEMENT A LA VACCINATION DE L'ENFANT  
EN COLLECTIVITE**

**En France, chez l'enfant, les vaccins obligatoires sont : les vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DT Polio)**

**La collectivité facilite la transmission des infections entre les enfants, d'où la recommandation de pratiquer les vaccinations selon le calendrier officiel des vaccinations :**

<b>à 1 mois</b>	BCG dès la naissance si enfant à risque élevé de tuberculose <b>(1)</b>
<b>à 2 mois</b>	Diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite Haemophilus influenzae b Hépatite B Pneumocoques
<b>à 4 mois</b>	Diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite Haemophilus influenzae b Hépatite B Pneumocoques
<b>à 11 mois</b>	Diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite Haemophilus influenzae b Hépatite B Pneumocoques
<b>A 12 mois</b>	Rougeole, oreillons, rubéole Infections invasives à méningocoque du séro groupe C
<b>entre 16 et 18 mois</b>	Rougeole, oreillons, rubéole (2 <sup>ème</sup> dose)

**Suspension de l'obligation du BCG, sauf enfants relevant des recommandations rappelées page suivante (1).**

Toute contre-indication à la vaccination DT Polio doit être attestée par certificat médical daté et précisant sa durée (le motif sera précisé au médecin de l'établissement ou au médecin de PMI sous pli confidentiel).

Ces vaccinations sont pratiquées de préférence par le médecin de famille et sont consignées sur le dossier médical individuel (soit par présentation du carnet de santé à la directrice, soit par production d'une photocopie de la page des vaccinations).

En cas d'impossibilité les vaccinations peuvent être pratiquées par le médecin de l'établissement et sont consignées sur le carnet de santé et le dossier médical individuel.

Je soussigné (e) M. - Mme .....

père - mère de l'enfant.....

fréquentant le service d'accueil familial de .....

m'engage à faire vacciner mon enfant contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite selon le calendrier vaccinal ci-dessus par mon médecin de famille, le Docteur....., ou en cas d'impossibilité par le médecin de l'établissement.

SIGNATURE