

CARNET

DE VACCINATION

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

TÉLÉPHONE

En cas de perte, merci à la personne qui trouvera ce carnet de prévenir ou de le renvoyer à l'adresse ci-dessus.



DIPHTÉRIE - TÉTANOS - COQ

[illegible]

COQUELUCHE - POLIOMYÉLITE

SIGNATURE ET CACHET DU MÉDECIN

(ASSOCIÉ AU RAPPEL DIPHTÉRIE, TÉTANOS, POLIOMYÉLITE)

SEULE DOSE (ASSOCIÉ AU RAPPEL DIPHTÉRIE, TÉTANOS, POLIOMYÉLITE)

TOUS LES 10 ANS DONT 1 FOIS AVEC COQUELUCHE

ROUGEOLE - OREILLONS - RU

VACCIN

DATE

NUMÉRO DU LOT

Rougeole - Oreillons - Rubéole

1^{RE} DOSE

Rougeole - Oreillons - Rubéole

2^E DOSE

Hépatite B

1^{RE} DOSE

Hépatite B

2^E DOSE

Hépatite B

3^E DOSE

BÉOLE

HÉPATITE B

SIGNATURE ET CACHET DU MÉDECIN

POUR LES NON VACCINÉS NÉS EN 1980 ET APRÈS

POUR LES 11 À 15 ANS SI NON VACCINÉS.
À PARTIR DE 16 ANS SI FACTEUR DE RISQUE

HPV*

VACCIN

DATE

NUMÉRO DU LOT

HPV

1^{RE} DOSE

HPV

2^E DOSE

HPV

3^E DOSE

Méningocoque C

1 DOSE

* Papillomavirus humain

MÉNINGOCOQUE

SIGNATURE ET CACHET DU MÉDECIN

POUR LES FILLES À L'ÂGE DE 14 ANS OU DE 15 À 23 ANS
AVANT LE DÉBUT DE LA VIE SEXUELLE

DE 11 À 24 ANS SI NON VACCINÉS

VACCIN

DATE

NUMÉRO DU LOT

GRIPPE

Personnes de 65 ans
et plus et personnes
à risque ou souffrant
de certaines affections
de longue durée
quel que soit leur âge.
Entourage de nourrissons
fragilisés de moins
de 6 mois.
Autres personnes
à risque en fonction
des recommandations
annuelles.

UN VACCI

PPE

SIGNATURE ET CACHET DU MÉDECIN OU DE L'INFIRMIER

N TOUS LES ANS

AUTRES VAC

VACCIN

DATE _____

NUMÉRO DU LOT

CINATIONS

SIGNATURE ET CACHET DU MÉDECIN

[illegible]

