

ATTESTATION MÉDICALE

(à présenter au Médecin AVANT l'exécution de l'acte médical)

Je soussigné :

Docteur (Nom, Prénom) :

Adresse :

en vertu du décret n° du

après avoir pris connaissance des articles L.1111-2 et L.1111-4 du Code de la Santé Publique, dont le texte intégral est imprimé au dos de la présente attestation,

Certifie sur le serment d'Hippocrate, que je vaccine l'enfant

Nom, Prénom :

Date de naissance :

contre :

1. La **diphtérie** (obligatoire) – référence du lot :
2. Le **tétanos** (obligatoire) – référence du lot :
3. La **poliomyélite** (obligatoire) – référence du lot :
- ...et obligatoires à compter de 2018 :
4. l'**haemophilus influenzae B** – référence du lot :
5. la **coqueluche** – référence du lot :
6. l'**hépatite B** – référence du lot :
7. la **rougeole** – référence du lot :
8. les **oreillons** – référence du lot :
9. la **rubéole** – référence du lot :
10. le **méningocoque C** – référence du lot :
11. le **pneumocoque** – référence du lot :

...en pleine connaissance de cause des éventuelles conséquences.

Je certifie avoir remis le flacon et l'emballage du (des) vaccin (s) inoculé (s) ce jour aux parents de l'enfant vacciné.

J'endosse la coresponsabilité de l'éventualité des effets secondaires néfastes qui pourraient survenir.

Je reconnais avoir été informé par les parents de l'enfant vacciné, qui ont pris connaissance du site : http://www.infovaccin.fr/legislation_vaccinale.html qu'ils recourront légalement à la Justice, contre moi-même et le gouvernement à l'origine du décret précité, en cas de problème (s) de santé de l'enfant vacciné désigné ci-avant, découlant de cette (ces) vaccination (s).

Fait à :le

Attestation établie pour servir et valoir ce que de droit.

Signature et tampon du Médecin