



**ENTREE AU MULTI-ACCUEIL**  
(À remplir par le médecin de l'enfant)

Je soussigné(e) Docteur

.....  
certifie que l'enfant .....  
né(e) le .....  
est apte à la vie en collectivité et que les vaccinations obligatoires sont en règle.

Vaccination contre	2 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois	18 mois
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Haemophilus influenzae b, Hépatite B	1 <sup>ère</sup> dose <input type="checkbox"/>	2 <sup>ème</sup> dose <input type="checkbox"/>		3 <sup>ème</sup> dose <input type="checkbox"/>		
Pneumocoque	1 <sup>ère</sup> dose <input type="checkbox"/>	2 <sup>ème</sup> dose <input type="checkbox"/>		3 <sup>ème</sup> dose <input type="checkbox"/>		
Méningocoque C			1 <sup>ère</sup> dose <input type="checkbox"/>		2 <sup>ème</sup> dose <input type="checkbox"/>	
Rougeole, Oreillons, Rubéole					1 <sup>ère</sup> dose <input type="checkbox"/>	2 <sup>ème</sup> dose <input type="checkbox"/>

Nombre de cases cochées : .....

Antécédents médicaux, maladie chronique, nécessitant une prise en charge ou une vigilance particulière en collectivité :

Traitement de fond de l'enfant (s'il y a lieu) :

Allergies (alimentaires, médicamenteuses, saisonnières) :

Problèmes particuliers touchant l'enfant (pouvant être utile de connaître au sein de la collectivité) :

Ne présente aucune contre-indication à :

- l'application d'une crème à base d'Arnica (en cas de nécessité à partir d'1 an)
- l'application d'une crème protectrice pour le change (en cas d'érythème fessier)

Signature et cachet du médecin :

Signature des parents :

