

**N.B. : TOUS LES VACCINS PEV SONT GRATUITS**

Vaccins	AGE				
	Nais- sance	1 mois et demi	2 mois et demi	3 mois et demi	9 mois et demi
Polio- myélite	X	X	X	X	
BCG	X				
PENTAVA- LENT (DTC-HIP)		X	X	X	
Rougeole					X
Fièvre jaune					X

REPUBLIQUE GABONAISE  
Union-Travail-Justice

**MINISTERE DE LA SANTE**

**CARTE DE VACCINATION  
DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION**

NOM (S) : .....

PRENOM (S) : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... SEXE : .....

NOM DU PERE : .....

NOM DE LA MERE : .....

VILLAGE/QUARTIER : .....

DEPARTEMENT : .....

REGION SANITAIRE : .....

Nature du Vaccin Vitamine A	Dose Naissance	Dose 1	Dose 2	Dose 3	Dose 4	Dose 5
Poliomyélite						
BCG						
Pentavalent (DTC-HIP)						
Rougeole						
Fièvre Jaune						
Vitamine A						

***Dose (inscrire dans chaque case, la date d'administration et cacheter)***

*Ne pas oublier d'inscrire la date du prochain rendez-vous sur la carte de vaccination*

*Et le communiquer oralement au parent*

*Assurez-vous que le rendez-vous correspond à une séance de vaccination prévue.*