

STATUT VACCINAL

N° carte Code du Centre

Nom de l'enfant : _____

Date de Naissance :
Jour Mois Année

Sexe : M F
Cochez la case correspondance

Nom de la mère : _____

Adresse : _____

Localité / Arrondissement :

Date de Délivrance :
Jour Mois Année

Nom du cachet du PS / CMH / CS Maternité : _____

Antigènes	Date vaccins	Date rendez-vous
BCG + POLIO 0		
PENTA 1 + POLIO 1		
PENTA 2 + POLIO 2		
PENTA 3 + POLIO 3		
ROUGEOLE		
Vitamine A	100 000 UI	
	200 000 UI	
Rappel DTC + POLIO Oral		
Autres (à préciser)		