

Docteur
Spécialité :
N° Adeli / RPPS :

Adresse du cabinet
.....
.....
Tél. :
Fax. :
Email :

ATTESTATION EN CAS DE REFUS DE VACCINATION

L'article L. 3111-1 du code de la santé publique (CSP) dispose que « la politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations après avis du Haut conseil de la santé publique »

<http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/calendrier-vaccinal>

Je soussigné(e), M. – Mme – Melle

certifie avoir reçu les informations concernant la vaccination contre les maladies ci-dessous
et prendre la responsabilité de refuser de protéger mon enfant par la vaccination contre :
entourez la(les) maladies(s) concernée(s)

- **Tétanos**
- **Polio**
- **Diphtérie**
- **Coqueluche**
- **Rougeole- Oreillons - Rubéole**
- **Méningites à Haemophilus influenzae type b**
- **Hépatite B**
- **Infections à Pneumocoques (Méningites, septicémies, pneumonies..)**
 - **Méningites à Méningocoques**
 - **Gastro entérites à Rotavirus**
 - **Papillomavirus**

Mon médecin **m'a donné des adresses des sites d'information** pour les vaccins :

www.afpa.org

www.infovac.fr

www.mesvaccins.net

www.vaccination-info-service.fr

<http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/vaccination>

[http://ansm.sante.fr/Dossiers/Vaccins/L-ANSM-et-les-vaccins/\(offset\)/0#vac](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Vaccins/L-ANSM-et-les-vaccins/(offset)/0#vac)

Je confirme détenir l'autorité parentale pour mon enfant

Fait en 2 exemplaires dont un remis au médecin pour faire valoir ce que de droit.

Le à

Signature du Dr

Signature du/des parent(s)