



**VICE-RECTORAT  
DE LA NOUVELLE-CALÉDONIE  
DIRECTION GÉNÉRALE  
DES ENSEIGNEMENTS**

MISSION SANTE SCOLAIRE ET ACTION SOCIALE

Lieu, Date

*Courrier –type du directeur aux parents d'élèves*

**Objet :** Obligation vaccinale scolaire

Madame, monsieur,

Vous avez inscrit votre enfant dans l'établissement. Je vous rappelle que pour protéger les enfants, certains vaccins sont obligatoires, sauf contre-indication médicale reconnue. Les personnes titulaires de l'autorité parentale sont tenues personnellement responsables de l'exécution des vaccinations obligatoires des enfants.

Le calendrier vaccinal en cours en Nouvelle-Calédonie est consultable au lien suivant <https://dass.gouv.nc/votre-sante-depistage-et-vaccination/la-vaccination>.

Afin de pouvoir procéder à l'admission définitive de votre enfant, vous voudrez bien présenter un certificat médical attestant que les vaccinations obligatoires ont été réalisées. Ce certificat médical doit préciser la nature et les dates de vaccination ainsi que la date et le résultat des tests tuberculiques (modèle ci-joint).

En cas de contre-indication médicale avérée, le médecin précisera dans le certificat le vaccin concerné.

L'admission définitive de votre enfant est donc reportée jusqu'à régularisation de sa situation au regard des vaccinations obligatoires. Dans l'attente de cette régularisation, le certificat de scolarité ne peut vous être délivré.

Je vous remercie et vous prie d'agréer, madame, monsieur, l'expression de ma considération distinguée

**Le Directeur de l'établissement**





Ce certificat doit être rempli par un médecin pour toute inscription dans un nouvel établissement scolaire

Je soussigné (e) Docteur .....

Certifie que l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Né (e) le .....

Sexe : F /  / M /  /

**Est à jour des vaccinations obligatoires** selon le calendrier vaccinal en vigueur en Nouvelle Calédonie.

	<b>Injections (dates)</b>	<b>Rappels (dates)</b>
DIPHTERIE TETANOS POLIOMYELITIS	1)	R1)
	2)	R2)
	3)	R3)
COQUELUCHE	1)	R1)
	2)	R2)
		R3)
HAEMOPHILUS INFLUENZAE B	1)	R1)
	2)	
HEPATITE B	1)	
	2)	
	3)	
ROUGEOLE OREILLONS RUBEOLE	1)	
	2)	
TUBERCULOSE	BCG	
IDR A LA TUBERCULINE		Résultat :

Commentaires :

*(En cas de contre-indication médicale, merci de le mentionner en précisant la vaccination concernée)*

Date : .....

Cachet et signature du médecin :