



## Certificat mèdic d'acreditació de vacunacions per a l'escola i la guarderia

### 1. Dades del metge

---

Nom i cognoms:

Núm. d'RPS:

### 2. Dades del nen / de la nena

---

Nom i cognoms:

Data de naixement:

Representant legal:

---

### 3. Compliment del calendari de vacunacions

---

Ha estat vacunat correctament, per la seva edat, contra:

- |  |   |                                       |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diftèria      | <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae B | <input type="checkbox"/> Meningococ B |
| <input type="checkbox"/> Tètanus       | <input type="checkbox"/> Xarampió                 | <input type="checkbox"/> Meningococ C |
| <input type="checkbox"/> Tos ferina    | <input type="checkbox"/> Rubèola                  | <input type="checkbox"/> Pneumococ    |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B   | <input type="checkbox"/> Galteres                 | <input type="checkbox"/> Varicel·la   |
| <input type="checkbox"/> Poliomièlitis |   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Altres: ..... |   |                                       |

De manera que:

- Compleix tots els requisits del calendari de vacunacions que li són aplicables per la seva edat.
- No compleix tots els requisits del calendari de vacunacions que li són aplicables per la seva edat.
- No compleix cap dels requisits del calendari de vacunacions que li són aplicables per la seva edat.

### 4. Data i signatura

---

Lloc i data:

Signatura del metge