

## Programme de vaccination pour les enfants de la Nouvelle-Écosse / Routine Childhood Immunization Schedule

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer la date des vaccins reçus ou joindre une copie du dossier de vaccination. /  
Please record the date of vaccines given or attach a copy of immunization record.

Vaccins	2 mois	4 mois	6 mois	12 mois	18 mois	4-6 ans
DCaT-VPI-HIB ( <i>Diphthérie, Coqueluche acellulaire-Tétatos, Polio et Haemophilus influenzae de type b</i> )  DTaP-IPV-HIB ( <i>Diphtheria, tetanus, acellular pertussis(whooping cough), polio and haemophilus influenza type B</i> )	Date:	Date:	Date:		Date:	
Pneumocoque conjugué  Pneumococcal Conjugate	Date:	Date:	Date: (Si avant 2012)	Date:		
Méningocoque du groupe C  Meningococcal group C Conjugate				Date:		
RRO-Var ( <i>Rougeole, rubéole, oreillons et varicelle</i> )  MMRV ( <i>Measles, mumps, rubella and varicella</i> )				Date:		Date:
DCaT-VPI ( <i>Diphthérie, coqueluche, tétanos et polio inactivé</i> )  Tdap-IPV ( <i>Tetanus, diphtheria, acellular pertussis(whooping cough) and polio</i> )						Date:
Autre(s) vaccins/ other vaccines (grippe/flu, twinrix, etc)						

**NOTE:**

Si vous n'avez pas fait vacciner votre enfant, veuillez cocher la case suivante et apposez votre signature.

If your child hasn't been vaccinated please check the box below and sign.

	Signature du parent:	Date:
--	----------------------	-------