



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

Vice-recteur

MISSION SANTE SCOLAIRE ET ACTION SOCIALE

VR/DGE/MCT
n° 07-2025

Nouméa, le 14 mars 2025

Le vice-recteur de la Nouvelle-Calédonie,
directeur général des enseignements

à

Mesdames et messieurs les parents d'élèves

Objet : Obligation vaccinale scolaire

Réf : Délibération n°64/CP du 19 avril 2017 instituant le chapitre Ier du sous-titre Ier du titre Ier du livre III de la partie réglementaire de l'ancien code de la santé publique applicable en Nouvelle-Calédonie (vaccinations) et portant diverses mesures d'ordre social et son annexe

Madame, monsieur

Je vous rappelle que pour protéger les enfants, certains vaccins sont obligatoires, sauf contre-indication médicale reconnue.

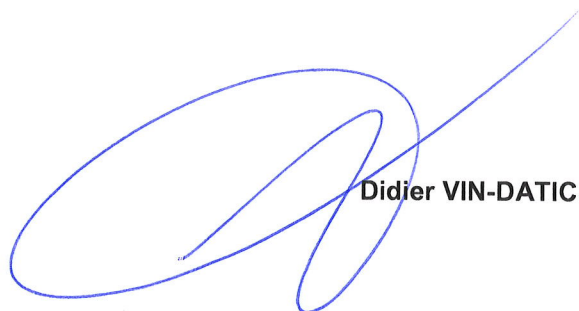
Selon la réglementation en vigueur en Nouvelle Calédonie l'admission en établissement scolaire nécessite la production d'un certificat médical attestant que les vaccinations obligatoires ont été réalisées. Ce certificat doit préciser la nature et les dates de vaccination ainsi que la date et les résultats des tests tuberculiniques.

Les personnes titulaires de l'autorité parentale sont tenues personnellement responsables de l'exécution des vaccinations obligatoires des enfants.

Aussi, vous voudrez bien régulariser la situation de votre enfant au regard des vaccinations obligatoires et présenter ce certificat médical au chef d'établissement dans les meilleurs délais.

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

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



Didier VIN-DATICHE



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

CERTIFICAT DE VACCINATIONS POUR ADMISSION SCOLAIRE

Réf. : Délibération n°64/CP du 19 avril 2017 instituant le chapitre Ier du sous-titre Ier du titre Ier du livre III de la partie réglementaire de l'ancien code de la santé publique applicable en Nouvelle-Calédonie (vaccinations) et portant diverses mesures d'ordre social et son annexe

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.

	Injections (dates)	Rappels (dates)
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 :