**Voor schoolgaande kinderen en jongeren ouder dan 6 jaar en jonger dan 18 jaar.**

**Graag dit document bezorgen aan de medische dienst van het CLB verbonden aan de school waar het kind ingeschreven is.**

Opzoeken van het CLB kan via de website van de school.

Naam, Voornaam: Geboortedatum:

School: Klas:

Land van herkomst: Taal:

Opvangcentrum/ OCMW:

Contactpersoon:

Email: Telefoon:

Bisnummer/OV (dossier) nummer:

**Voeg een kopie van de vaccinatiekaart van het kind toe of vul onderstaand schema in.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccinatie tegen** | **1° vaccin** | **2 ° vaccin** | **3 ° vaccin** | **4 ° vaccin** |
| **D-T-aP-Hib-Hep B-IPV** | / / | / / | / / | / / |
| **BCG** | / / |  |  |  |
| **Meningokokken type C** | / / |  |  |  |
| **mazelen-bof-rubella** | / / | / / | / / |  |
| **D-T-aP-IPV (herhaling)** | / / |  |  |  |
| **Andere ………………………………………….** | / / | / / |  |  |
| **……………………………………………………..** | / / | / / |  |  |

**IPV=Polio** = kinderverlamming

**D-T-aP** = difterie, tetanus, kinkhoest

**HIB en Meningokokken type C** = twee vormen van hersenvliesontsteking

**Hep B** = geelzucht type B

**BCG=** tuberculose