

## **CERTIFICAT DE VACCINATION**

Je soussigné Docteur \_\_\_\_\_

Certifie que l'enfant \_\_\_\_\_ âgé de \_\_\_\_ ans et \_\_\_\_ mois  
satisfait aux obligations vaccinales.

Certificat établi pour les inscriptions scolaires et les activités collectives.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

***Cachet et signature du Médecin***



*Ce document peut être signé à toute occasion par un professionnel de la santé après  
vérification du carnet de santé. Il ne nécessite pas une consultation.*

**A CONSERVEZ PRECIEUSEMENT,**