

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 Professionnel de la santé



*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,