

CERTIFICAT DE VACCINATION

Je soussigné(e), Docteur _____

Certifie que l'enfant _____

né(e) le _____

VACCINS	A JOUR ¹	EN COURS
Diphtérie		
Tétanos		
Poliomyélite		
Coqueluche		
Haemophilus Influenzae B		
Hépatite B		
Pneumocoque		
Méningocoque ACWY		
Méningocoque B		
Rougeole		
Oreillons		
Rubéole		

¹ compte-tenu de l'âge et conformément au calendrier vaccinal en vigueur.

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit.

Fait le : _____ à _____

Cachet

Signature