

CERTIFICAT DE VACCINATION A FAIRE SIGNER PAR UN MEDECIN

Je soussigné, _____ Docteur en médecine,
certifie que l'enfant _____

est à jour de ses vaccins obligatoires :

- DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)
- FIEVRE JAUNE

et des vaccins conseillés :

- ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole)
- HEPATITE B

et est apte à la scolarisation en collectivité.

A _____, le _____

Signature et cachet du médecin