

Le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_,

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_ Certifie que  
l'enfant \_\_\_\_\_,

né le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_, est à jour de ses  
vaccinations obligatoires.

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

Date du prochain vaccin : le \_\_\_\_\_.

Fait le : \_\_\_\_\_

A : \_\_\_\_\_.

Signature et cachet du médecin :