

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 :

Cachet :