

# 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 Médecin

*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 LE PRECIEUSEMENT,**

Il reste valable jusqu'aux âges clés des obligations vaccinales (6 ans, puis 11 ans, puis indéfiniment).