

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 PRECIEUSEMENT,

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