

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 :