

Certificat de Vaccination

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.

Fait le : _____ A : _____

Cachet



Signature

