

# Certificat de Vaccination

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

Certifie que l'enfant \_\_\_\_\_

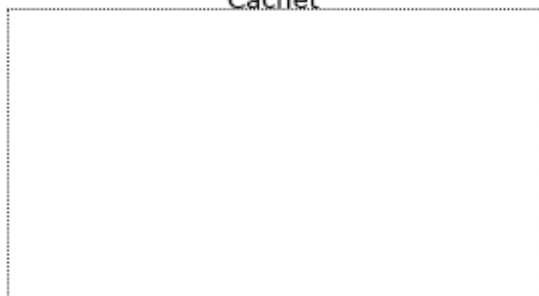
Né le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

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

