

Certificat de Vaccination

Je soussigné(e), Docteur _____

Certifie que l'enfant _____

Né le _____ à _____

Est à jour de ses vaccinations obligatoires :

DT Polio

1^{ère} injection _____

2^{ème} injection _____

3^{ème} injection _____

Rappels : _____

Anti-hépatite B

1^{ère} injection _____

2^{ème} injection _____

3^{ème} injection _____

Rappels : _____

Taux Ac anti-HBs (UI/l) _____

BCG le _____

IDR (quantifier la réaction) _____

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