

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Je soussigné(e), Docteur....., médecin généraliste
certifie que :

Mme, M.....

Né(e) le à

Est à jour des vaccinations obligatoires conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

Pour faire valoir ce que de droit,

A..... le.....

Signature et cachet du médecin généraliste.