

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur certifie que l'enfant :

NOM : PRENOM :

NE LE : ___/___/___ LIEU DE NAISSANCE :

est à jour de ses vaccinations obligatoires.

Certificat établi à la demande de l'intéressé et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à, Le : ___/___/___

Cachet et signature,