

ATTESTATION VACCINALE

Je soussigné(e) Docteur

Certifie que l'enfant

Né(e) le/...../.....,

est à jour de ses obligations vaccinales

a entamé un protocole de rattrapage vaccinal (conformément à l'article R3111-8 du code de la Santé Publique)

A, le//

Signature et cachet du médecin