

ATTESTATION MEDICALE DE VACCINATIONS

(A faire remplir par votre médecin traitant)

Je soussigné(e),

Docteur :

Titre et qualification :

Adresse :

Téléphone :

certifie que l'enfant,

nom :

prénoms :

né(e) le :

a reçu les vaccinations obligatoires pour son âge, conformément à la réglementation en vigueur, à savoir

- Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)
- Coqueluche
- Haemophilus influenzae (Act HIB)
- Hépatite B
- Pneumocoque
- Méningocoque de sérogroupe C
- Rougeole, oreillons et rubéole.

et qu'il peut être admis à être inscrit dans un établissement scolaire.

Fait le :

à :

Cachet et signature