

Certificat de Vaccination

Je soussigné(e), Docteur _____

Certifie que l'enfant _____

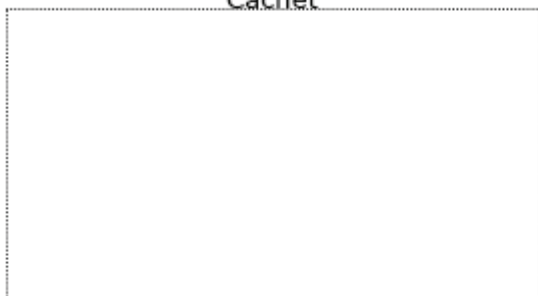
Né le _____ à _____

Est à jour de ses vaccinations obligatoires.

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

Fait le : _____ A : _____

Cachet

A rectangular box with a dotted border, intended for a stamp or seal.

Signature

A rectangular box with a dotted border, intended for a signature.