

NOM du MEDECIN
(ou CACHET)

CERTIFICAT DE VACCINATION

NOM et Prénom de l'enfant : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ à _____

Diphtérie – Tétanos :

1° inj _____ 1° rappel _____

2° inj _____ 2° rappel _____

3° inj _____ 3° rappel _____

Poliomyélite :

1° inj _____ 1° rappel _____

2° inj _____ 2° rappel _____

3° inj _____ 3° rappel _____

BCG : _____

HEPATITE B : _____

Autres vaccinations : _____

L'enfant présente des signes cliniques (*), biologiques (*), contre-indiquant la vaccination.

Date : ____ / ____ / 2022

Signature du médecin :

(*) Rayer les mentions inutiles