

**Certificat de vaccination pour l’entrée à l’école**

Je soussigné·e

Docteur·e ………………………………………………………………………………………

Certifie que l’enfant :

Nom ………………………………………………………………………………………….

Prénom …………………………………………………………………………………….

Né·e le …………………………………………………………………………………….

Satisfait aux obligations vaccinales concernant les enfants né·es à partir de 2018.

Certificat établi pour les inscriptions scolaires et les activités collectives.

Fait à ……………………………………………. Le………………………………………

Signature et cachet du médecin