

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e)

Docteur en médecine, demeurant

.....

Certifie avoir examiné

Né(e) le

Qui présente un carnet de vaccinations obligatoires
(DTP) :

- à jour pendant 1 an à compter de ce jour
- à jour jusqu'au.....

Fait à , le

Cachet et signature du médecin