

**Certificat de vaccinations**  
**pour un enfant né après le 1<sup>er</sup> janvier 2018**

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

Certifie que l'enfant \_\_\_\_\_

Né le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Est à jour de ses vaccinations **obligatoires** :

Nom du vaccin ou du test	Date vaccin	Date rappel
<b>Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)</b>		
<b>Hépatite B</b>		
<b>Rougeole, oreillons et rubéole (ROR)</b>		
<b>Méningocoque de sérogroupe C</b>		
<b>Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b</b>		
<b>Infections invasives à pneumocoque</b>		
<b>Coqueluche</b>		

Date, signature et cachet du MEDECIN TRAITANT

**Certificat de vaccinations pour enfant né  
avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018**

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

Certifie que l'enfant \_\_\_\_\_

Né le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Est à jour de ses vaccinations **obligatoires** :

Nom du vaccin ou du test	Date vaccin	Date rappel
<b>Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)</b>		

Date, signature et cachet du MEDECIN TRAITANT