

# 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