

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS

Etabli par un médecin généraliste de votre choix

Je soussigné(e) Docteur,
médecin généraliste, certifie avoir examiné ce jour
Mr/Mme

J'atteste que le (la) candidat(e) est à jour des vaccinations suivantes :

Antidiphthérique, antitétanique, antipoliomyélitique (DTP)

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date du vaccin	N° lot

Hépatite B

	Nom du vaccin	Date du vaccin	N° lot
1ère injection			
2ème injection			
3ème injection			

Dosage des anticorps anti-Hbs

Date du dosage	
Résultat du dosage (en UI/L)	

Vaccin COVID-19 (Schéma vaccinal complet)

Date de la 1ère dose	
Date de la 2ème dose	
Date de la 3ème dose	

Fait à, le

Cachet et signature du médecin