

CERTIFICAT DE VACCINATION

Je soussigné(e), Docteur _____

Certifie que l'enfant _____

Né(e) le _____ à _____

Satisfait aux obligations vaccinales.

Certificat établi à la demande de la ville de Quimper pour les activités périscolaires et extrascolaires et/ou pour l'inscription scolaire (en accord avec le médecin conseiller technique de l'Education Nationale).

Fait à _____ le _____

Signature et cachet du médecin

--