

**Certificat médical de vaccinations
conforme à la réglementation en vigueur
fixant les conditions d'immunisation des professionnels
de Santé en France**

Je soussigné(e) Docteur en médecine,

certifie que les vaccinations de M..... né(e) le

àsont conformes à la réglementation en vigueur fixant

les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France, prévues par les articles

L 3111-4 et L 3112-1 du Code de la Santé Publique. (hépatite B, diphtérie, tétanos, poliomyélite,

tuberculose).

Date

Cachet et signature obligatoire du Médecin