

**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 M..... né(e) le .....

à ..... rempli les obligations d'immunisation et de  
vaccination des professionnels de santé en France, prévues par

- Le Code de la santé publique : article L3111-4
- L'arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé devant être vaccinés
- L'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnels de santé
- Le décret n°2006-1260 du 14 octobre 2006 relatif à l'obligation vaccinale contre la grippe des professionnels

Date

Cachet et signature obligatoire du Médecin