

**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 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