

**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