



CERTIFICAT DE VACCINATION ANTIPOLIOMYÉLITIQUE

Je soussigné(e), ...

Docteur en médecine, déclare que l'enfant (en lettres imprimées)

NOM :,

Prénoms :

Né(e) à,

le

Numéro national

Rue, n°

Code postal : Localité :

A reçu la vaccination complète contre la poliomyélite.

1ère prise, le

2ème prise, le.....

3ème prise, le

4ème prise, le

Fait à le

Signature du médecin :

Cachet du médecin :

Ce certificat médical doit être remis à l'administration communale du domicile de l'enfant dans les quinze jours qui suivent la dernière injection du vaccin antipoliomyélitique.