

CERTIFICAT D'IMMUNISATION D'UN APPRENANT EN FORMATION EN SANTE

Je soussigné docteur Médecin,

Adresse

.....

Certifie avoir examiné ce jour :

Madame – Monsieur

Né (e) le

Domicilié (é) à

.....

Atteste qu'elle ou qu'il présente :

La preuve d'immunisation contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite,

La preuve de l'immunisation contre l'hépatite B,

Fait le

Tampon avec numéro d'agrément

Signature