



A.L.S.H. « les p'tites canailles »

19210 LUBERSAC

☎ 05/55/73/90/82

CERTIFICAT DE VACCINATIONS

Je soussigné, Docteur _____

certifie, après examen, que l'enfant _____

né le _____ est à jour de ses vaccins obligatoires.

Date du prochain vaccin : _____

Fait à _____, le _____

Cachet et signature du Médecin,