

<p style="text-align: center;">Certificat médical relatif aux vaccinations obligatoires Décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire</p>

Je soussigné (e) Docteur

Certifie que l'enfant (Nom-prénom)

Né (e) le

Est à jour des vaccinations obligatoires ou en cours de vaccinations obligatoires lui permettant d'être admis chez un (e) assistant (e) maternel (le) / en Maison d'assistants (tes) maternels (les) conformément au Décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire.

Fait le

A

Signature et Tampon