



ATTESTATION VACCINALE

Je soussigné(e) Docteur :

Atteste que M.- Mme :

Né(e) le :

Répond aux recommandations vaccinales et d'immunisation pour une exposition au risque biologique en milieu hospitalier, à savoir :

- **Vaccination Diphtérie Tétanos Polio** à jour (en référence au calendrier vaccinal en cours),

Fait à Le

Cachet et signature du médecin