

Certificat de vaccinations

Demandé dans le cadre du concours IADE du CHU de Montpellier

Je soussigné(e) Docteur(e).....

certifie, après examen du dossier médical, que le statut vaccinal de :

M./Mme.....

né(e) le

est conforme aux recommandations en vigueur fixant les conditions d'immunisation des
professionnels de santé en France (article L 3111-4 du code de la santé publique).

Fait le

A

Pour servir et valoir ce que de droit

NOM Prénom - signature et cachet