



**A retourner à :**  
 Mme le médecin départemental  
 Centre de prévention  
 21 avenue Jean Jaurès 90 000 Belfort

**CERTIFICAT MEDICAL**

**NOM :** ..... **Prénom**.....

**Date de naissance**..... **Sexe :** Masculin  Féminin

**Adresse**.....

**Code postal :** ..... **Ville :** .....

	Dates			
<b>Tétanos</b>				
<b>Polio</b>				
<b>Diphthérie</b>				
<b>Coqueluche</b>				
<b>Haemophilus influenzae B</b>				
<b>Hépatite B</b>				

<b>Rougeole</b>	
<b>Oreillons</b>	
<b>Rubéole</b>	

<b>BCG</b>			
<b>Réaction tuberculique</b>	Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/>	Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/>	

**Cachet du médecin,  
Signature**

**Fait, le**