

**Certificat de vaccination à remettre à l'administration communale
du domicile de l'enfant vacciné**

Je soussigné(e),

.....

docteur en médecine, déclare que l'enfant (en lettres imprimées)

NOM :, Prénoms :

Né(e) à, le Numéro national

Domicilié à, rue, n°

Code postal : Localité :

A reçu la vaccination complète contre la poliomyélite :

1ère prise, le

2ème prise, le

3ème prise, le

4ème prise, le

Fait à le

Signature du médecin :

Cachet du médecin :

Ce certificat médical doit être remis à l'Administration Communale du domicile de l'enfant dans les quinze jours qui suivent la dernière injection du vaccin antipoliomyélitique.

SOIT en transmettant le document scanné via notre e-Guichet à https://eguichet.marche.be
--

SOIT à l'Administration Communale, Service Population, Boulevard du Midi, 20 6900 Marche-en-Famenne.