CENTRE PUBLIC D'ACTION SOCIALE DE TUBIZE

VACHES ET BOURRACHE

Rue des Frères
Taymans, 32

Je soussigné……., Médecin, certifie que que :
Madame /Monsieur …… …
né(e) le …../……../….. est en ordre de vaccin tétanos, et ce jusqu'en date du……

Fait à ……., le ……

Nom et Signature du médecin