Ville de Liège

Département des Affaires citoyennes

# CERTIFICAT DE VACCINATION ANTIPOLIOMYÉLITIQUE

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.

Si l'enfant est domicilié à Liège, vous pouvez déposer ce certificat dans une mairie de quartier ou l'envoyer au :

Service de la Population | Back-office général

Cité administrative | Potiérue 5 | B-4000 Liège