

-----  
+ COCHIN PORT - ROYAL  
SAINT VINCENT DE PAUL  
+ CORENTIN CELTON  
+ HÔPITAL EUROPÉEN  
GEORGES POMPIDOU  
+ HÔTEL - DIEU  
+ INSTITUT CURIE  
+ INSTITUT MONTSOURIS  
+ NECKER - ENFANTS MALADES  
+ SAINTE ANNE  
+ SAINT JOSEPH  
-----

-----  
15 RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE  
75270 PARIS CEDEX 06  
[www.medecine.univ-paris5.fr](http://www.medecine.univ-paris5.fr)  
-----

## Certificat DE VACCINATION

**à remettre impérativement complété à la scolarité de la faculté de médecine,  
lors de l'inscription à la faculté de médecine. Merci.**

Paris le .....

Je soussigné(e), Docteur .....

certifie que Melle/M (nom en lettres majuscules SVP) :

.....

est à jour de ses vaccinations contre l'hépatite B avec justificatif par sérologie complète, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la tuberculose, en vue de son admission aux stages hospitaliers obligatoires au cours des études médicales.

Signature

Tampon :