

PREUVE DE L'ÉTAT D'IMMUNITÉ CONTRE LA RUBÉOLE

À compléter par le médecin pour chaque membre du personnel, de même que pour toute personne qui (de sexe féminin en âge de procréer) appelée à être en contact régulier avec les enfants accueillis.

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que

Madame/Mademoiselle.

Date de naissance :

Adresse :

est immunisée contre la rubéole.

Nom du médecin :

Date :

Signature :

Cachet du médecin