

Dr

.....

Adresse

.....

Téléphone

Lieu

Date

ATTESTATION MEDICALE

(formation pratique au sein de l'hôpital HFR)

Le soussigné, médecin traitant de :

Madame/Monsieur né/e.....

Nom de jeune fille

Fonction au poste de travail

Atteste de ce qui suit : ce patient est à jour concernant les vaccinations de base et a également bénéficié des vaccinations et / ou sérologies selon la directive ci-jointe de l'HFR.

Attestation établie à la demande de l'intéressé/e pour servir à qui de droit.

Signature

.....

Tampon