

## « INFO VACCINATIONS »

### *Attestation*

*Je soussigné(e)*, (nom prénom) .....

*inscrit(e) au* (titre du diplôme) .....

.....

*au titre de l'année universitaire 2015/2016,*  
*certifie avoir pris connaissance de l'information*  
*suivante : « En vertu du principe de précaution, il est*  
*impératif d'être à jour des vaccinations obligatoires ».*

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

(Signature précédée de la mention « lu et approuvé »)