



**FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MARSEILLE**



**UNIVERSITÉ DE LA MÉDITERRANÉE
AIX-MARSEILLE II**

« INFO VACCINATIONS »

Attestation

Je soussigné(e), (nom prénom)

inscrit(e) au (titre du diplôme)

au titre de l'année universitaire 2011/2012,
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 »)