

Certificat de Vaccination contre la grippe A(H1N1) 2009

- Identification de la personne vaccinée avec son accord

Bénéficiaire: Nom, Prénom ▼ Commune de résidence ▼ date de naissance ▼ N° de Sécurité Sociale ▼

| |
|--|
| |
|--|

- Injection vaccinale:

PREMIERE INJECTION

Date :

Nom du vaccin :

N° du lot :

| |
|--|
| |
|--|

SECONDE VACCINATION

Date :

Nom du vaccin :

N° du lot :

| |
|--|
| |
|--|

Cachet du Médecin

En cas d'effet indésirable vous êtes invité à prendre contact avec votre médecin traitant, ou à consulter le site de l'AFSSaPS (www.afssaps.fr) pour une déclaration en ligne.

Merci de rapporter ce certificat pour la seconde injection