

ATTESTATION DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE

Mr/Mme Nom : Prénom :

Date de naissance :

A été vacciné contre la grippe saisonnière par :

Nom : Prénom :

Pharmacien d'officine *

Vaccin administré :

Date d'administration :

Numéro de lot :

Timbre de l'officine

Signature