ATTESTATION DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE

ANNÉE ....

NOM : …………………………………………………………………………………………

PRÉNOM : ……………………………………………………………………………………

DATE DE NAISSANCE : .. / .. / ….

A ETE VACCINÉ(E) CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE

LE : .. / .. / ….

PAR : …………………………………………. *(NOM ET PRÉNOM DU PHARMACIEN)*

EXERÇANT DANS LA PHARMACIE :

*(CACHET DE LA PHARMACIE)*

NOM DU VACCIN INJECTÉ : ………………………………………………………………

NUMÉRO DE LOT : ………………………………………………………………………….

DATE DE PÉREMPTION : ………………………………………………………………….

EN CAS D’EFFET INDÉSIRABLE, DÉCLAREZ-LE SUR LE PORTAIL DES SIGNALEMENTS DES ÉVÈNEMENTS SANITAIRES GRAVES

( https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig\_ihm\_utilisateurs/index.html#/accueil )

VACCINATION EFFECTUÉE DANS LE CADRE DE L’ARTICLE L5125-1-1 A (9°) DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE