

Indiquez lisiblement la date de vaccination, le nom commercial du vaccin utilisé et votre numéro INAMI

	Poliomyélite	Diphtérie Tétanos	Coqueluche	Haemophilus Influenzae b	Hépatite B	Hépatite A	Pneumo- coque	Méningo- coque C	Rougeole Rubéole Oreillons
Date									
Nom - Vaccin									
Date									
Nom - Vaccin									
Date									Grippe ou autres vaccins
Nom - Vaccin									
Date						Remarques :		1	4
Nom - Vaccin									
Date									2
Nom - Vaccin									
Date								3	6
Nom - Vaccin									

Nom:

Prénom:

Nom du médecin:

Date de naissance:

Lieu de naissance:

Imprimer