**ATTESTATION DE VACCINATION GRIPPE ET/OU COVID**

Demande de consentement recherché et obtenu : OUI NON

Questionnaire pré-vaccinal effectué : OUI NON

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Médecin traitant :

**A été vacciné par :**

**Vaccin grippe administré :**

Lot :

Expiration :

**Vaccin COVID administré :**

Lot :

Expiration :

TA avant administration :

TA après administration :

Signes et/ou symptômes avant vaccination :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date :

Signature patient : Signature professionnel de santé :