

Vaccination contre la covid-19

Je, soussigné(e)

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Numéro de sécurité sociale :

- Souhaite être vacciné contre la covid-19 dans le cadre scolaire
- Ne souhaite pas être vacciné contre la covid-19

Fait à _____

Le _____

Signature