



VACCINATION : INSCRIVEZ-VOUS



CENTRE VACCINATION HAM - Vaccin Pfizer

Nom :

Prénom :

Numéro de téléphone :

Date de naissance :

Médecin traitant :

Avez-vous déjà été testé positif à la Covid-19 ?

- oui non

Si oui, à quelle date ?

Cette fiche est à déposer dans les boîtes prévues à cet effet à l'un des lieux suivants :

- à l'**accueil** ou dans la **boîte aux lettres de la mairie**
- à l'**Espace E. Luciani**
- au **centre de vaccination de Ham** (Salle des Fêtes)

Ou à transmettre par mail à l'adresse suivante : ccas.ham@ville-ham.fr

Vous serez recontacté(e) par le Service Vaccination pour la prise de rendez-vous.

Avez-vous des observations à nous transmettre ? (pathologie...) :

.....
.....