

ATTESTATION DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE

ATTESTATION DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE ANNEE .... \*

NOM : .....(A COMPLETER MANUELLEMENT) .....  
PRENOM : .....  
DATE DE NAISSANCE : ../../....

**A ETE VACCINE CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE (COMPLETE PAR LA PLATEFORME)**  
**LE : ../../....**  
**PAR : ... (NOM ET PRENOM DU PHARMACIEN)**  
**EXERÇANT DANS LA PHARMACIE : ...**

**NOM DU VACCIN INJECTE : .....(COMPLETE PAR LA PLATEFORME)**  
**NUMERO DE LOT : .....**  
**DATE DE PEREMPTION : .....**

**EFFETS INDESIRABLES : ..... (COMPLETE PAR LA PLATEFORME)**

EN CAS D'EFFET INDESIRABLE, DECLAREZ SUR LE PORTAIL DES SIGNALEMENTS DES EVENEMENTS SANITAIRES GRAVES  
([HTTPS://SIGNALEMENT.SOCIAL-SANTE.GOUV.FR/PSIG\\_IHM\\_UTILISATEURS/INDEX.HTML#ACCUEIL](https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#accueil))

\* dans le cadre de l'article 59 de la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019