



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



QUESTIONNAIRE DOSE DE RAPPEL VACCINATION COVID-19

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Combien de doses de vaccin anti-Covid-19 avez-vous déjà reçu ? _____

À quelle date a été réalisée votre dernière injection ? _____

Avez-vous été infecté par la Covid-19 après votre vaccination ? Oui Non

Si oui, combien de temps après votre injection ? _____

Avez-vous présenté un effet indésirable grave après votre première vaccination ? Oui Non

Pour savoir si vous êtes éligibles à un rappel de vaccination, rendez-vous sur :

www.solidarites-sante.gouv.fr/publics-prioritaires-vaccin-covid-19

VACCINATION ANTI-COVID



Version du 09/09/21

Réservé au médecin

Date : ____/____/____

Signature du médecin :