Centre Intercommunal de vaccination de Viarmes

FORMULAIRE D'INSCRIPTION A LA VACCINATION ANTI COVID

Identité :

Nom :

Prénom :

N° de sécurité sociale :
Si pas de numéro de sécurité sociale, cocher la case : ☐

Date de naissance :

Téléphone portable :

Mail :

Schéma vaccinal :

Vous venez pour :

☐ **1ère dose**

☐ **2ème dose**

☐ **3ème dose**

Vous avez eu le COVID :

☐ **Non**

☐ **Oui** **Date :**

Plage horaire choisie :

Mercredi 2 février 2022	☐ **8h30 à 12h15**	☐ **13h30 à 17h15**
Jeudi 3 février 2022		☐ **14h00 à 20h45**
Vendredi 4 février 2022	☐ **8h30 à 13h15**	
Samedi5 février 2022	☐ **8h30 à 12h15**	☐ **13h30 à 17h15**