

Nom : _____ Prénoms : _____
 Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Vaccinations (suite)

Date	Vaccin - Dose - Lot	Docteur Signature et cachet
14.01.14	Repeel Engerix 0340 na HBVC 164003	Dr. J. AERTS SECTEUR 1 COC du médecin 228, rue du Général Lacroix 16.02.38.69.19.00 4510-2218
	Suite vaccine 199c	

Nom : _____ Prénoms : _____
 Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Maladies contagieuses et épidémiques

(Coqueluche, Diphtérie, Hépatite,
 Méningite, Oreillons, Rougeole, Rubéole,
 Scarlatine, Typhoïde et paratyphoïde, Varicelle...)

Maladie	Date	Observations Complications	Signature et cachet du médecin
SRV		Varicelle	

Injectons de gamma-globulines

Date	Dose	Observations