# SUIVI DES VACCINATIONS

Copie personnelle : le carnet officiel fait foi

Nom : _____

Date de naissance : _____

Médecin traitant / pédiatre : _____

| Vaccin (nom commercial) | Maladie(s) visée(s) | Date | Dose | N° de lot | Professionnel / lieu | Prochain rappel |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

## Vaccins de voyage et rappels particuliers (tétanos après blessure, grippe saisonnière)