

Formulaire de recensement

dans le cadre de la vaccination Covid 19 des personnes ne pouvant se déplacer vers un centre de vaccination pour des raisons de santé ou en raison de leur grand âge

Nom / Prénom _____

Adresse _____

Date de naissance _____

N° sécurité sociale _____

Mail _____

Téléphone fixe _____ Mobile _____

Médecin traitant _____

Téléphone médecin _____

Cocher la ou les case(s) si vous êtes dans l'une ou plusieurs des situations suivantes :

Hospitalisation à domicile

En cas d'hospitalisation à domicile, indiquez l'établissement support :

Infirmier à domicile

Repas à domicile