



**\*BORDEREAU D ENVOI\***

Produit*	Numéro de lot de l'Antigène	Numéro de lot de l'Adjuvant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*\*Portez le chiffre correspondant au produit utilisé*

- 1 - Pandemrix (GSK)
- 2 - Humenza (Sanofi)
- 3 - Panenza (Sanofi)
- 4 - Focetria (Novartis)
- 5 - Celtura (Novartis)
- 6 - Celvapan (Baxter)

**Identification du Centre de Vaccination**

**N° Département**

**N° Centre**

**Date Journée Vaccination**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	2	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	---	--------------------------	--------------------------	---	---	---	--------------------------	--------------------------



**\*BORDEREAU D ENVOI\***

Produit*	Numéro de lot de l'Antigène	Numéro de lot de l'Adjuvant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*\*Portez le chiffre correspondant au produit utilisé*

- 1 - Pandemrix (GSK)
- 2 - Humenza (Sanofi)
- 3 - Panenza (Sanofi)
- 4 - Focetria (Novartis)
- 5 - Celtura (Novartis)
- 6 - Celvapan (Baxter)

**Identification du Centre de Vaccination**

**N° Département**

**N° Centre**

**Date Journée Vaccination**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	2	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	---	--------------------------	--------------------------	---	---	---	--------------------------	--------------------------