

## ORDONNANCE POUR VACCINATION COVID

CACHET + SIGNATURE DU  
MÉDECIN

DATE DE PRESCRIPTION

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

**Jusqu'au 07 avril inclus :**

Patient(e) âgé(e) de 60 à 69 ans ET présentant une des pathologies telles que définies par le Haut Conseil de Santé Publique

**À Partir du jeudi 08 avril :**

Patient(e) âgé(e) de 50 à 69 ans ET présentant une des pathologies telles que définies par le Haut Conseil de Santé Publique

Sans restriction d'âge : Patient(e) ayant une pathologie les exposant à un très haut risque face à la Covid-19