



VACCINATION

Etes-vous à jour de tous les vaccins?



1. Vous faites-vous vacciner ?

- OUI
- NON

Sinon, pourquoi ?-----

2. Vos vaccins sont-ils à jour ?

- OUI
- NON
- JE NE SAIS PAS

3. En avez-vous parlé avec votre médecin traitant les docteurs **BUSSY**, **RATIER**, **GUILLAUMOT**, **LATHIERE** et **SERVANT** ?

- OUI
- NON
- Autre professionnel de santé (Infirmier, pharmacien, kiné...)

Sinon, pourquoi ?-----



Merci de votre participation



VACCINATION

Etes-vous à jour de tous les vaccins?



1. Vous faites-vous vacciner ?

- OUI
- NON

Sinon, pourquoi ?-----

2. Vos vaccins sont-ils à jour ?

- OUI
- NON
- JE NE SAIS PAS

3. En avez-vous parlé avec votre médecin traitant les docteurs **BUSSY**, **RATIER**, **LATHIERE** et **SERVANT** ?

- OUI
- NON
- Autre professionnel de santé (Infirmier, pharmacien, kiné...)

Sinon, pourquoi ?-----



Merci de votre participation