

VACCINATION

DEMANDE DE RENDEZ-VOUS

Je souhaite être rappelé(e) afin d'être vacciné(e) contre la COVID-19 (vaccins Pfizer/Moderna)* :

NOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

PRÉNOM :

Date de naissance :/...../19....

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone :/...../...../...../.....

Mail :@.....

**Formulaire à déposer ou renvoyer
par courrier à votre Mairie, ou à
envoyer par mail à :**
covid19@ville-vichy.fr

*Vous serez contacté le plus rapidement possible et votre rendez-vous sera fixé en tenant compte du calendrier et des conditions d'accès à la vaccination fixés par les autorités sanitaires.

