

**VACCINATION  
COVID**

**Ministère de la santé**

## **ATTESTATION DE RENDEZ-VOUS**

Cette attestation confirme le rendez-vous de :

**CIN :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Profession :**

**Adresse :**

à l'INPT dans la salle suivante:

**Salle :**

**Date et heure :**

