



République du Burundi  
Ministère de la Santé Publique  
et de la Lutte contre le Sida



Centre des Opérations d'Urgences  
de Santé Publique



East African Community



## CERTIFICAT DE DEMANDE DE RENDEZ-VOUS VACCIN COVID 19

**Mr, BARASA SUN DERICK**  
Nom et Prénom/First Name and Last Name

**Le 20/09/2004**  
Date de naissance/Date of Birth

**OP0374837**  
Passeport Ordinaire

**sunbarasa7@gmail.com**  
Adresse Email/Email Address

**+25762696113**  
Numéro de Téléphone/Telephone Number

**Le 19 / 11 / 2022 à 13:00 pm**  
Date de Rendez-Vous/Appointment Date

**BON ACCUEIL**  
Centre de Vaccination/Vaccination Center