



# Attestation de vaccination contre le Covid-19

Numéro de vaccination: **COV08-001-01-008653**  
Nom(s): **ANANY KOSSIAADE**  
Prénom(s): **MARIE GAELLE**  
Date de naissance: **15/06/1996**  
Adresse:

## Suivi de vaccination contre le SARS-COV-2 (COVID19)

Vaccin	N° Dose	N° Lot	Site de vaccination	Administré le
SYNOPHARM	Dose 1	2021030323	CHR TCHENGUE	20/10/2021
SYNOPHARM	Dose 2	2021030323	CHR TCHENGUE	12/11/2021

