

EU DIGITAL COVID CERTIFICATE

CERTIFICAT COVID NUMÉRIQUE UE



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**
*Liberté
Égalité
Fraternité*



**L'Assurance
Maladie**

ASSISTANCE
PUBLIQUE HÔPITAUX
DE PARIS

Ce certificat n'est pas un document de voyage. Un nouveau certificat pourra être exigé en fonction de l'évolution de la pandémie. Avant de vous rendre dans un pays étranger, vérifiez les mesures sanitaires locales appliquées pour la Covid-19.

Les informations pertinentes peuvent être trouvées ici :
<https://reopen.europa.eu/en>

Ce document est personnel et non transférable. Il est délivré en application du décret n° 2020-1690 du 25 décembre 2020 autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel relatif aux vaccinations contre la Covid-19.

Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation aux données qui vous concernent, ainsi que d'un droit d'opposition sur une partie du traitement. Ces droits s'exercent auprès du directeur de votre caisse d'Assurance Maladie de rattachement en contactant le ou la délégué(e) à la protection des données. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données, rendez-vous sur le site d'information ameli.fr (<https://www.ameli.fr/mention-information-si-vaccin-covid>)

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 441-1 et suivants du code pénal). En outre, la falsification ou l'établissement de faux documents, ainsi que l'utilisation de tels documents sont passibles d'une pénalité financière aux termes des articles L. 162-1-14 du code de la Sécurité sociale.

Flashez pour ajouter dans
TousAntiCovid



Nom(s)
et prénom(s)
*Surname(s)
and forename(s)*

**VAZQUEZ GONZALEZ
ANDRES**

Date de naissance
Date of birth

1994-01-27

Par souci de confidentialité de vos données de santé, nous vous recommandons de ne présenter que le seul QR code de preuve en pliant cette attestation

CERTIFICAT DE VACCINATION VACCINATION CERTIFICATE

Maladie ou agent ciblé
Disease or agent targeted

COVID-19
840539006

Vaccin/prophylaxie
Vaccine/prophylaxis

Covid-19 vaccines
J07BX03

Médicament vaccinal
Vaccine medicinal product

Comirnaty
EU/1/20/1528

Fabricant ou titulaire de
l'autorisation de mise sur le
marché du vaccin
*Vaccine marketing authorisation
holder or manufacturer*

**Biontech Manufacturing
GmbH**
ORG-100030215

Nombre dans une série de
vaccins/doses
*Number in a series of
vaccinations/doses and the overall
number of doses in the series*

3/3

Date de la vaccination
Date of vaccination

2021-12-12

État membre de vaccination
Member State of vaccination

FR

Émetteur du certificat
Certificate issuer

CNAM

Synthèse des données de vaccination contre la Covid-19

Exemplaire à conserver
par le patient
(à apporter lors de
chaque vaccination)

Patient(e)

Numéro d'immatriculation : 1940199405079 / 52
Nom : VAZQUEZ GONZALEZ
Prénom : ANDRES
Date de naissance : 27/01/1994
Code du patient * : VEP-AEX-KZZ
*Vous devez présenter ce code lors de chaque vaccination

Le patient éligible, ou son représentant légal, a accepté d'entrer dans le processus de vaccination après avoir reçu toutes les informations nécessaires à son choix éclairé.

Informations de l'ordonnance

Prescripteur :

Nom : JALLON
Prénom : PASCAL
N° RPPS/ADELI : 10003870366
N° AM/FINESS : 381060003

Date de l'ordonnance : 02/06/2021
Vaccin(s) non préconisé(s) :

Eligibilité à la vaccination

Déclare l'éligibilité :

Nom : JALLON
Prénom : PASCAL
N° RPPS/ADELI : 10003870366
N° AM/FINESS : 381060003

Date d'éligibilité : 02/06/2021

Informations de la vaccination

Je, soussigné(e), certifie avoir examiné : VAZQUEZ GONZALEZ ANDRES

avoir transmis à mon patient toutes les informations liées à la vaccination pour la COVID-19,

l'avoir vacciné pour : troisième vaccination

avec le vaccin : Pfizer/BioNTech - COMIRNATY

issu du lot : FH0161

le (date de vaccination déclarée) : 12/12/2021

Le vaccin a été administré par : Injection intramusculaire

dans le/la : Bras gauche

Je l'ai informé que son cycle vaccinal est terminé.

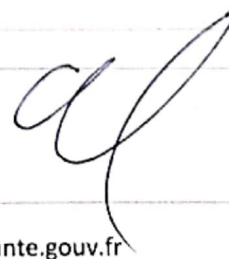
Identification du vaccinateur (nom et prénom)

JALLON ISABELLE

Identifiant : 386120331

Date : 12/12/2021

Signature :



Vous pouvez déclarer vos éventuels effets indésirables sur le portail <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

L'organisation, la traçabilité et le suivi de la vaccination contre la Covid-19 nécessitent la mise en œuvre d'un traitement de données dénommé « SI Vaccin Covid » par l'Assurance Maladie et la Direction Générale de la Santé. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation aux données qui vous concernent, ainsi que d'un droit d'opposition sur une partie du traitement. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de votre caisse d'Assurance Maladie de rattachement en contactant le ou la délégué(e) à la protection des données. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données, rendez-vous sur <https://www.ameli.fr/mention-information-si-vaccin-covid>

Pour plus d'informations sur la vaccination : www.ameli.fr