

Mougin, le 05/10/2021

**Objet : Vaccin ANTI-GRIPPAL / Rappel ANTI-COVID 19**

Madame, Monsieur,

Nous avons besoin de votre accord afin que votre fils, fille, protégé puisse bénéficier de ces vaccins. La haute autorité sanitaire préconisant la concomitance de ces 2 vaccins.

Dans l'attente et vous en remerciant par avance,

Veuillez agréer, Madame, Monsieur l'expression de nos sincères salutations.

CROIX-ROUGE Française  
MAS St-Martin  
585 route de la Roquette - 06250 Mougin  
TEL. 04 92 28 73 73  
SIRET 775 672 272 19744 - APE 8710C

MME PUECH Catherine  
Infirmière Coordinatrice



***Coupon obligatoire à nous retourner, les réponses par téléphone ne seront pas prises en compte.***

***Je soussigné(e) ..... Représentant légal***

***De .....***

***Autorise***

***N'autorise pas***

***L'injection du vaccin ANTI-GRIPPE 2021***

***Fait à ..... , le  
Signature***

***Autorise***

***N'autorise pas***

***L'injection du vaccin ANTI-COVID19***