

Demande de dossier de vaccination/immunisation

DATE : _____

PRÉNOM : _____ AUTRES PRÉNOMS _____ NOM DE FAMILLE : _____
(caractères d'imprimerie)

NOM DU PATIENT (signature) : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

NOM DU TUTEUR si la personne est
mineure (caractères d'imprimerie): _____

NOM DU TUTEUR si la personne est
mineure (signature): _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____ ÉTAT : _____ CODE POSTAL : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : (_____) _____

Je souhaite obtenir une copie du dossier de vaccination/immunisation de la personne indiquée ci-dessous.

- Je comprends que, dans l'intérêt du maintien de la confidentialité du dossier, cette demande doit être notariée par un notaire public si ce formulaire est envoyé à l'adresse indiquée ci-dessous.
- Si ce formulaire est remis à mon fournisseur de soins de santé actuel, la notarisation n'est pas nécessaire.

Adresse postale : Département de la santé et des services humains du New Hampshire
Division des services de santé publique
Bureau de contrôle des maladies infectieuses, Programme d'immunisation
29 Hazen Drive
Concord, NH 03301
Destinataire : Administrateur du registre

Signature (des parents) du patient : _____

Souscrit et assermenté devant moi en ce _____ du _____ (Mois), _____ (Année)

Signature et sceau du notaire

Date d'expiration de ma commission : _____