



**CAMPAGNE DE VACCINATION COVID 19**

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

14520 PORT EN BESSIN-HUPPAIN

N° de téléphone fixe ..... ou portable .....

Numéro de sécurité sociale : .....

➤ **Je souhaite être aidé :**

- pour prendre un rendez-vous

- pour remplir le questionnaire

➤ **Je souhaite me rendre au centre de vaccination avec les services de la mairie :**

- la mairie prendra le rendez-vous pour moi et me conduira au centre de vaccination

- je me déplace en fauteuil roulant

**Merci de bien vouloir cocher la ou les case(s) vous concernant**

**et remettre le(s) coupon(s) en mairie**

© 2020 Mairie de Port-en-Bessin-Huppain