

## AUTORISATION A LA VACCINATION H1N1

**(Prenez rendez-vous au n° de téléphone : 081/626650)**

Je soussigné, .....,  
docteur en médecine, certifie que

.....  
1) se trouve dans un des groupes à risque édictés par le commissariat  
interministériel influenza ([www.influenza.be](http://www.influenza.be)).

2) Ne présente pas de contre-indication à la vaccination A/ H1N1.

Le (la) patient(e) a dès lors le droit de se faire vacciner avec les vaccins  
A/H1N1 du stock stratégique fédéral.

**Remarques :** .....

.....

**Date, cachet et signature**

-----