|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Numéro d’iden. | Prénoms | Nom | Date de naissance | Adresse exacte /Tel | Scolarisée (Oui/Non) | Ecole /Daara | Date VPH1 | Lieu de vaccination | Date VPH2 | Lieu de vaccination | Observations |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Instructions de remplissage :**

1. Un numéro d’ordre annuel est attribué à toute personne qui se présente dans la formation sanitaire pour une vaccination ;
2. Prénoms de la personne vaccinée ;
3. Nom de la personne vaccinée ;
4. Date de naissance de la personne vaccinée. A défaut d’avoir la date exacte, mettre l’année de naissance ;
5. Mettre l’adresse complète et un numéro de téléphone ;
6. Mettre « Oui » si la personne vaccinée est scolarisée. Si elle ne l’est pas, mettre « Non »
7. Mettre le nom de l’école ou du Daara si la personne est scolarisée. Si elle ne l’est pas, mettre « NA » ;
8. Mettre la date d’administration de la première dose et le lieu de vaccination;
9. Mettre la date d’administration de la deuxième dose et le lieu de vaccination ;
10. Mettre toute autre information utile.