



République du NIGER
 Fraternité - Travail - Progrès
 Conseil Suprême pour la Restauration
 de la Démocratie (CSRD)
 MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

CARTE DE VACCINATION DE MASSE

Région de: _____

District Sanitaire: _____

Formation Sanitaire: _____

Ville/Village/Quartier : _____

Nom : _____

Prénoms: _____

Sexe: M F

Né(e) le ! ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ou Age: / ___ / ___ /
 Jour Mois Année Mois ou Année

Père : _____

Mère : _____

Carte délivrée le : _____

Autres interventions		Date	Lieu
Vitamine A	Année :	1 ^{ère} prise	
		2 ^{ème} prise	
	Année :	1 ^{ère} prise	
		2 ^{ème} prise	
AUTRES			
	<p>Attention : Conservez précieusement cette carte. Présentez-la chaque fois que vous allez à une vaccination ou à une consultation médicale</p>		

Imp. EXPRESS Tel : 20 75 21 35

Vaccins		Date	Lot N°	Lieu de vaccination
Méningite	Men A Conjugé			
	A/C			
	A/C/W			
	A/C/W/Y			

Vaccins		Date	Lot N°	Lieu de vaccination
Rougeole				
Fièvre Jaune				
Tétanos	VAT1			
	VAT2			
	VAT3			
VPO				