

V A C C I N A T I O N S

BCG le :

POLIO ZERO le :

D.T. Coq/Polio

1ère prise

2ème prise

3ème prise

Rappel

Rougeole le :

Fièvre Jaune 17D le :

Autres Vaccinations

Méningite le :

Hépatite B le :

Tétanos le :

.....

.....

.....

.....

VITAMINE A :

ANNEE	20.....	20.....	20.....	20.....
C1				
C2				
C3				

Imp. Djiffon 21 29 27

BURKINA FASO

Unité - Progrès - Justice

MINISTERE DE LA SANTE

CARTE DE VACCINATION (ENFANTS)

DIRECTION REGIONALE
DE LA SANTE DE :

DISTRICT DE :

CENTRE DE SANTE DE :

NOM :

Prénoms : Sexe :

Date de naissance :

Père :

Mère :

Ville, Village, Secteur :

Département :

Date de délivrance :