#  Formulaire de demandeVaccination Covid-19

## Document à remplir et renvoyer à votre médecin du travail

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’entreprise / de la collectivité :** |  |
| **Nom du salarié / agent :** |  |
| **Prénom du salarié / agent :** |  |
| **Date de naissance du salarié / agent :** |  |
| **Adresse mail du salarié / agent :** |  |
| **N° de téléphone du salarié / agent :** |  |

**Je déclare faire partie du personnel concerné :**

[ ]  Salarié d’une entreprise / collectivité adhérant à Expertis

[ ]  Âge : 18 ans ou plus

Après réception de ce formulaire, je serai contacté par mon équipe de santé au travail. Si je suis éligible à la vaccination, le lieu et la date de la vaccination me seront communiqués par téléphone et/ou par mail.

**Partie réservée au secrétariat du Médecin de prévention**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du médecin du travail/de prévention |  |
| Avis du médecin | [ ]  Favorable[ ]  Défavorable |
| Date  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |