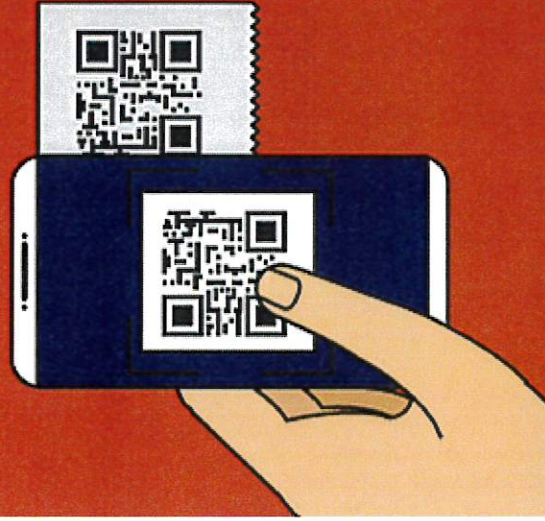




**INFORMATIONS NÉCESSAIRES  
POUR OBTENIR VOTRE  
PASSEPORT VACCINAL EN  
FORMAT PORTEFEUILLE**



**1**

**Informations personnelles**

Nom, prénom, date de naissance, code postal, **numéro d'assurance maladie**

**2**

**Informations sur vos parents**

Nom de jeune fille et prénom de votre mère ou nom et prénom de votre père

**3**

**Informations sur votre 1ère dose de vaccin**

Date du **premier vaccin**, sorte de vaccin (Pfizer, Moderna, AstraZeneca)

**Lundi au vendredi  
8h à 16h**



**4393, boulevard des Hêtres, Shawinigan**

**TRAIT  
— D'UNION**

CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE

**Informations**

**819 539-8844**