



uOttawa

Student Placement Risk Management

## Vaccin contre la grippe saisonnière

<b>Programme</b>	
Nom de famille : _____	Prénom : _____
Numéro d'étudiant : _____	Année d'admission : _____
Courriel : _____	Téléphone : _____
Date de naissance (aa/mm/jj) : _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non-Binaire
<b>Vaccin contre la grippe saisonnière</b>	
Date de l'injection (aa/mm/jj) : _____ / _____ / _____	
<b>Signature du professionnel de la santé</b>	
Nom : _____	Étampe :
Signature : _____	
Titre : _____	
Date (aa/mm/jj) : _____ / _____ / _____	

**Veillez envoyer le formulaire dûment rempli par courriel à votre conseillère de la gestion du risque de l'université d'Ottawa.**