



Thunder Bay District
Health Unit

Demande de dossier d'immunisation

Nom de famille: _____

Prénom: _____

Nom de jeune fille: _____

Autre nom: _____

Date de naissance: _____

Numéro où vous désirez faire télécopier votre dossier: _____

Adresse où vous désirez faire poster votre dossier d'immunisation:

(nom)

(adresse)

(ville)

(code postal)

Updated: 03/2011