



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Hainaut

## VACCINATION COVID

REPLISSEZ LE FORMULAIRE POUR ÊTRE CONTACTÉ  
ET ACCOMPAGNÉ PAR LA CPAM DU HAINAUT



Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Téléphone : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

« Le partenaire certifie que l'assuré a donné son consentement afin d'être contacté par l'Assurance Maladie. »