

EU DIGITAL COVID CERTIFICATE

CERTIFICAT COVID NUMÉRIQUE UE




**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**
*Liberté
Égalité
Fraternité*



Ce certificat n'est pas un document de voyage. Un nouveau certificat pourra être exigé en fonction de l'évolution de la pandémie. Avant de vous rendre dans un pays étranger, vérifiez les mesures sanitaires locales appliquées pour la Covid-19.

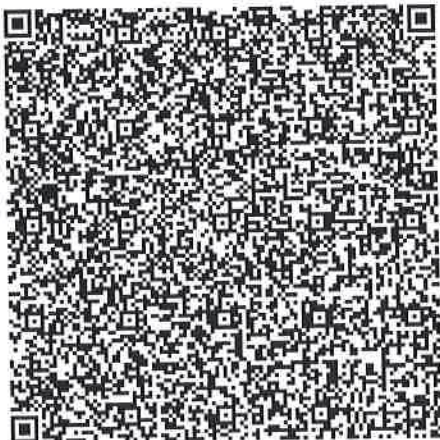
Les informations pertinentes peuvent être trouvées ici :
<https://reopen.europa.eu/en>

Ce document est personnel et non transférable. Il est délivré en application du décret n° 2020-1690 du 25 décembre 2020 autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel relatif aux vaccinations contre la Covid-19.

Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation aux données qui vous concernent, ainsi que d'un droit d'opposition sur une partie du traitement. Ces droits s'exercent auprès du directeur de votre caisse d'Assurance Maladie de rattachement en contactant le ou la délégué(e) à la protection des données. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données, rendez-vous sur le site d'information ameli.fr (<https://www.ameli.fr/mention-information-si-vaccin-covid>)

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 44-1-1 et svts du code pénal). En outre, la falsification ou l'établissement de faux documents, ainsi que l'utilisation de tels documents sont passibles d'une pénalité financière aux titres des articles L. 162-1-14 du code de la Sécurité sociale.

Flashez pour ajouter dans
TousAntiCovid



Nom(s)
et prénom(s) **ARDOUIN
LAURENT**
Surname(s)
and forename(s)
Date de naissance **1974-10-04**
Date of birth

Par souci de confidentialité de vos données de santé, nous vous recommandons de ne présenter que le seul QR code de preuve en pliant cette attestation

CERTIFICAT DE VACCINATION VACCINATION CERTIFICATE

Maladie ou agent ciblé **COVID-19**
Disease or agent targeted 840539006

Vaccin/prophylaxie **Covid-19 vaccines**
Vaccine/prophylaxis J07BX03

Médicament vaccinal **Comirnaty**
Vaccine medicinal product EU/1/20/1528

Fabricant ou titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du vaccin **Biontech Manufacturing GmbH**
Vaccine marketing authorisation holder or manufacturer ORG-100030215

Nombre dans une série de vaccins/doses **3/3**
Number in a series of vaccinations/doses and the overall number of doses in the series

Date de la vaccination **2022-04-16**
Date of vaccination

État membre de vaccination **FR**
Member State of vaccination

Émetteur du certificat **CNAM**
Certificate issuer

Synthèse des données de vaccination contre la Covid-19

Exemplaire à conserver
par le patient
(à apporter lors de
chaque vaccination)

Patient(e)

Numéro d'immatriculation : 1741017197017 / 89

Nom : ARDOUIN

Prénom : LAURENT

Date de naissance : 04/10/1974

Code du patient * : VDO-KGG-BQQ

**Vous devez présenter ce code lors de chaque vaccination*

Le patient éligible, ou son représentant légal, a accepté d'entrer dans le processus de vaccination après avoir reçu toutes les informations nécessaires à son choix éclairé.

Informations de l'ordonnance

Prescripteur :

Nom : VEDELAGO

Prénom : DAVID

N° RPPS/ADELI : 10002696390

N° AM/FINESS : *****

Date de l'ordonnance : 29/07/2021

Vaccin(s) non préconisé(s) :

Éligibilité à la vaccination

Déclare l'éligibilité :

Nom : VEDELAGO

Prénom : DAVID

N° RPPS/ADELI : 10002696390

N° AM/FINESS : *****

Date d'éligibilité : 29/07/2021

Informations de la vaccination

Je, soussigné(e), certifie avoir examiné : ARDOUIN LAURENT

avoir transmis à mon patient toutes les informations liées à la vaccination pour la COVID-19,

l'avoir vacciné pour : troisième vaccination

avec le vaccin : Pfizer Comirnaty-30 adulte

issu du lot : FN5430

le (date de vaccination déclarée) : 16/04/2022

Le vaccin a été administré par : Injection intramusculaire

dans le/la : Bras gauche

Je l'ai informé que son cycle vaccinal est terminé.

Identification du vaccinateur (nom et prénom)

VALLEE-CHAMBRE GISELE

Identifiant : 176048403

Date : 16/04/2022

Signature : 

Vous pouvez déclarer vos éventuels effets indésirables sur le portail <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

L'organisation, la traçabilité et le suivi de la vaccination contre la Covid-19 nécessitent la mise en œuvre d'un traitement de données dénommé « SI Vaccin Covid » par l'Assurance Maladie et la Direction Générale de la Santé. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation aux données qui vous concernent, ainsi que d'un droit d'opposition sur une partie du traitement. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de votre caisse d'Assurance Maladie de rattachement en contactant le ou la délégué(e) à la protection des données. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données, rendez-vous sur <https://www.ameli.fr/mention-information-si-vaccin-covid>

Pour plus d'informations sur la vaccination : www.ameli.fr