

**Recommandation  
Immunisation contre le VRS  
Nirsévimab**

Prénom / Nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Pour prendre rendez-vous :**

Allez sur Clic Santé  
OU  
composez le 1 888 862-3487

Signature du professionnel : \_\_\_\_\_

**Recommandation  
Immunisation contre le VRS  
Nirsévimab**

Prénom / Nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Pour prendre rendez-vous :**

Allez sur Clic Santé  
OU  
composez le 1 888 862-3487

Signature du professionnel : \_\_\_\_\_

**Recommandation  
Immunisation contre le VRS  
Nirsévimab**

Prénom / Nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Pour prendre rendez-vous :**

Allez sur Clic Santé  
OU  
composez le 1 888 862-3487

Signature du professionnel : \_\_\_\_\_

**Recommandation  
Immunisation contre le VRS  
Nirsévimab**

Prénom / Nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Pour prendre rendez-vous :**

Allez sur Clic Santé  
OU  
composez le 1 888 862-3487

Signature du professionnel : \_\_\_\_\_