

**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 : _____