

FORMULAIRE DE REPONSE

A COMPLETER ET A RETOURNER A LA MAIRIE DE MIREPOIX

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

ADRESSE :

COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES :

- **Avez-vous l'intention de vous faire vacciner ?**
OUI NON

- **Souhaitez-vous être accompagné par la Mairie de Mirepoix pour effectuer la prise de rendez-vous auprès du centre de vaccination ?**
OUI NON

- **Avez-vous besoin d'être transporté jusqu'au centre de vaccination ?**
OUI NON