

Date	Weight	Height	Return Date/Time

Childhood Immunization Record

This is an important document.
Please safeguard it for
future reference.

Name _____

DOB _____ / _____ / _____
 year month day

PHIN number _____



Date	Poids	Taille	Date et heure de retour

Fiche d'immunisation (enfant)

Ce document est très important.
Veuillez le conserver précieusement
pour consultation future.

Nom : _____

Date de naissance :
_____ / _____ / _____
 année mois jour

N° d'identification personnelle
(NIP) : _____



