

TÉMOIGNAGE polyvalent (Décès, Eff. Ind., Covid Long)

Nom : ...

Prénom : ...

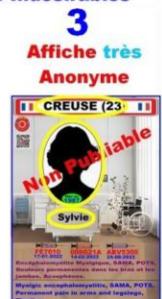
Date de naissance : ...

En cas de Décès, âge : ...

et date du décès : ...

Commune et Département : ...

Codification : Affiches pour Effets Indésirables



Mentionner quel modèle d'affiche aura votre préférence. (1, 2, 3)

:

Votre adresse Mail : ...

Votre N° de Tél. : ...

Si vous avez reçu des injections anti-covid 19, nom des injections (séparés par une virgule) : ...

Date des injections (séparés par une virgule) : ...

N° des lots des injections : (séparés par une virgule) : ...

Si Covid Long, date du constat de cet état médical : ...

Dates auxquelles vous avez eu le covid : (séparés par une virgule) : ...

...

Effets indésirables : ...

...

...

...

En mettant "Bon pour Accord" suivi de mon nom et mon prénom, je reconnaiss que ma photo et mes données fournies ci-dessus sont authentiques et que j'autorise le gestionnaire de la carte de France des Victimes à les diffuser ...

Écrivez ici "Bon pour accord" : ...

et ici votre Nom et Prénom : ...

N'oubliez pas de joindre une photo (en buste) à ce présent mail.

Merci de votre courage à témoigner.

Dominique