



Autorisation de vaccination contre la fièvre jaune Demande de renouvellement ou renonciation

Veuillez s'il vous plaît envoyer ce formulaire dûment rempli à l'adresse : Office fédéral de la santé publique (OFSP) Division Maladies transmissibles Autorisation de vaccination contre la fièvre jaune CH-3003 Berne	
Informations générales	
Tampon N° :	
Échéance de l'autorisation :	
Prénom / nom:	
Adresse professionnelle	
Canton :	
Numéro de téléphone :	
Adresse e-mail :	
Autorisation de vaccination contre la fièvre jaune	
<input type="checkbox"/> oui, je demande à l'OFSP de renouveler mon autorisation de vacciner contre la fièvre jaune	
<input type="checkbox"/> non, je renonce à mon autorisation de vacciner contre la fièvre jaune <u>et renvoie le tampon officiel à l'OFSP</u> , car	
<input type="checkbox"/> je renoncerai à cette prestation dès le	
<input type="checkbox"/> j'ai renoncé à cette prestation depuis le	
<input type="checkbox"/> j'ai pris ma retraite	
<input type="checkbox"/> autre (préciser) :	
Formation postgraduée et continue (à remplir seulement si vous déposez une demande de renouvellement)	
Titre postgrade fédéral (ou étranger reconnu) en médecine tropicale et médecine des voyages	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

