



# VACCINATION

## ANTI COVID-19

J'ai plus de  
**55 ANS**



Je souffre de **diabète,**  
**d'une maladie**  
**cardiovasculaire**  
ou **d'une autre**  
**maladie qui me rend**  
**vulnérable ?**



Je prends  
rendez-vous au :  
**09 78 31 01 01**

Je peux solliciter mon  
médecin du travail  
en toute confidentialité  
pour me faire vacciner  
en demandant une  
consultation.