

Certificat type Vaccination COVID-19  
Centre de Référence des Maladies Pulmonaires Rares  
OrphaLung

**Vaccination en très haute priorité des  
personnes à très haut risque**

Je soussigné(e) Docteur \_\_\_\_\_,  
certifie que mon patient :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

est une **personne à très haut risque selon la liste établie par le Ministère** pour  
les pathologies rares justifiant une vaccination en très haute priorité contre la COVID-  
19

**Signature**