****

**a.s.b.l. Service social  
du Service public fédéral de Programmation**

**Politique scientifique**

WTC III- Boulevard Simon Bolivar 30 boite 7 ▪ B-1000 BRUXELLES  
Tél. 02 238 35 61 - Tél. 02 238 34 11  
www.belspo.be/soc

|  |
| --- |
| **Needle with solid fillNeedle with solid fillDemande d'intervention vaccination antigrippe**  Uniquement pour les agents pensionnés |

**Il est actuellement possible de remplir vos documents directement en ligne** [**ici**](https://www.belspo.be/SurveyReg/survey.asp?s=2025_vaccine-fr)

|  |
| --- |
| **La demande doit être envoyée à** [**secr.soc@belspo.be**](mailto:secr.soc@belspo.be) **avant le 15/11/2025.** |

**A remplir en lettres capitales s.v.p.**

Nom et prénom de l'agent :

Adresse personnelle :

E-mail :

N° de téléphone :

Employeur : veuillez choisir votre employeur dans la liste/dropdown ici : Choose an item.

Statut :  contractuel à durée indéterminée/statutaire

contractuel à durée déterminée (durée à préciser):

pensionné

N° de compte : BE

**A remplir par le médecin traitant ou le pharmacien.**

|  |
| --- |
| Je soussigné(e), …………………………………………………………………., docteur en médecine/pharmacien, certifie avoir vacciné le(la) nommé(e) …………………………………………………………………………………… contre la grippe, en date du …./…../…….  Signature et cachet |

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.  
J'autorise le service social à demander les justificatifs qu'il juge nécessaires.

J'accepte la déclaration de confidentialité

Pensez à l'environnement svp favorisez les envois de vos dossiers par email: **secr.soc@belspo.be**

Fait à :       le       Signature : ....................................................................

Enregistrez votre document en PDF et signez-le électroniquement (eID)