

**Annex E:** Formulaire de notification journalier

Tour: \_\_\_\_\_

Nom du centre de santé	Nom du site de vaccination	Nombre des enfants de plus de un an et adultes vaccinées				Vaccin contre le choléra				
		Date	Site fixe	Equipe mobile	Site additionnels	Cible	Total vaccinées	%	Nombre de flacons utilisé	Taux de perte

Nom du superviseur : \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_