

FORMULAIRE DE DECLARATION DE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Vu les articles L. 1111-2, L. 1111-4, R. 4321-83 et R. 4321-84 du code de la santé publique ;

Je soussigné(e), Mme ou M. ou autre ___

NOM : _____

PRENOM : _____

Né(e) le ____ / ____ / _____ à _____

En ma qualité de représentant légal ou personne de confiance ou tuteur de :

NOM : _____

PRENOM : _____

Né(e) le ____ / ____ / _____ à _____

- Certifie avoir reçu une information claire, concernant la vaccination contre la COVID-19, libre de toute pression.
- Avoir compris les implications sur la santé, des choix possibles, en termes d'avantages et d'inconvénients.
- Décide de faire le choix suivant :
 - Donne mon accord pour la vaccination contre la COVID-19
 - Refuse que la vaccination soit réalisée contre la COVID-19

Le : ____ / ____ / _____

Fait à : _____

Signature du représentant légal, de la personne de confiance ou du tuteur :