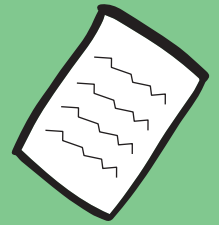


Formulaire de consentement



Je m'appelle



Je suis né(e) / /



Je suis accompagné(e) par la structure.....
.....



Mon médecin est

J'ai bien compris les informations sur le vaccin
contre la COVID-19.

Oui, je suis d'accord pour me faire vacciner.

Non, je ne suis pas d'accord pour me faire vacciner.



Je signe

Fait le / /