

Formulaire de consentement



Version représentant légal



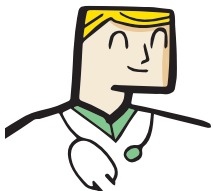
Je m'appelle



Je suis le représentant légal de



Qui est accompagné(e) par la structure



Son médecin est

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

Oui, je suis d'accord pour que la personne
que je représente se fasse vacciner.

Non, je ne suis pas d'accord pour que la personne
que je représente se fasse vacciner.



Je signe

Fait le / /