



MINISTERO
DELL'INTERNO

FORMULAIRE POUR EXPRIMER LE REFUS DE SE SOUMETTRE AUX VACCINATIONS

Nom Prénom : _____

Lieu et date de naissance : _____

NIF ou ETP : _____

Structure d'accueil : _____

Le Service de la santé publique, afin de protéger la santé de la collectivité et des individus, propose à tous les hôtes résidant dans les Centres d'accueil extraordinaires (CAS) les vaccinations contre les maladies suivantes : Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Rougeole, Oreillons, Rubéole, Varicelle, Poliomyélite, Hépatite B.

Je soussigné(e) déclare :

- avoir lu et compris les informations sur les vaccinations et les maladies évitables ;
- avoir eu la possibilité de poser des questions sur le(s) vaccin(s) et sur mon état de santé et avoir reçu des réponses complètes que j'ai comprises ;
- avoir compris les avantages et les risques du ou des vaccins ainsi que les conséquences d'un éventuel refus ou d'une abstention d'effectuer l'ensemble des vaccinations.

Par ailleurs, conscient(e) que la non vaccination peut favoriser la propagation de ces maladies avec des conséquences possibles voire graves pour ma santé et celle des personnes de mon entourage (membres de ma famille, autres personnes accueillies dans cette structure), je déclare sous ma propre responsabilité ne pas souhaiter effectuer les vaccinations suivantes :

- ☐ Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche
- ☐ Vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole
- ☐ Vaccination contre la varicelle
- ☐ Vaccination contre l'hépatite B
- ☐ Vaccination contre la polio

Enfin, je déclare avoir été informé(e) qu'en cas d'apparition de symptômes compatibles avec les maladies susmentionnées, je dois immédiatement en informer le médecin traitant et le référent du CAS.

Enfin, je déclare avoir été informé(e) de la possibilité de pouvoir modifier mon choix et d'effectuer les vaccinations prévues à tout moment.

Lieu et date

Signature (nom et prénom)

Signature de l'opérateur
