



FORMULAIRE D'EXEMPTION DE VACCINATION COVID-19 AUTODÉCLARÉ

Les vaccins COVID-19, qui ont été administrés au public en vertu d'une autorisation d'utilisation d'urgence, ont été associés à des effets indésirables modérés à graves et à des décès chez une petite proportion de receveurs. Les données de sécurité à long terme issues des essais de phase 3 et de la surveillance post-commercialisation sont actuellement insuffisantes pour pouvoir prédire quels sous-groupes de la population sont susceptibles d'être les plus vulnérables à ces réactions. Cependant, les évaluations cliniques ont identifié une série d'états ou d'antécédents médicaux qui sont associés à un risque accru d'événements indésirables graves. (voir Tableau B) Les personnes ayant de telles préoccupations médicales, ainsi que celles qui ont déjà été exposées au COVID-19 et ont acquis une immunité naturelle, ont des raisons légitimes de ne pas consentir à la vaccination par le COVID-19. Ces personnes peuvent choisir de d'utiliser d'autres approches pour réduire leur risque de développer une maladie grave liée au COVID-19 et la transmission virale associée. Le droit Français et international entérine le droit d'un individu à refuser tout traitement ou intervention médicale sans être soumis à une pénalité, une restriction ou une limitation des droits ou libertés protégés, car cela constituerait autrement constituerait une coercition.

Tableau A

Nom complet (prénom et nom de famille):

Adresse personnelle:

Ville: Département:

Code postal: Pays:

Numéro de téléphone: Adresse électronique:

Date de naissance (jj/mm/aaaa)[si nécessaire]:

Nationalité [si nécessaire]:

Numéro de passeport [si nécessaire]:

Tableau B

J'ai des antécédents médicaux personnels et/ou familiaux d'allergie, de réactions allergiques, anaphylactiques ou gravement débilitantes à des aliments, médicaments, vaccins ou produits chimiques environnementaux

J'ai des antécédents médicaux personnels et/ou familiaux d'une ou plusieurs affections ou maladies auto-immunes

Je présente des antécédents médicaux personnels et/ou familiaux de syndrome de fatigue chronique (SFC), d'encéphalomyélite myalgique (EM) ou d'une autre(s) affection(s) post-virale(s)

J'ai des antécédents médicaux personnels ou familiaux de maladie ou d'affection neurologique ou inflammatoire

J'ai des difficultés d'apprentissage, un trouble du spectre autistique ou un autre trouble du développement

Je suis sous surveillance médicale pour une maladie aiguë, grave ou de longue durée

Je suis très préoccupé par les effets à long terme, encore inconnus, des vaccins COVID-19 sur la fertilité, les dysfonctionnements immunitaires y compris la facilitation de l'infection par des anticorps, l'auto-immunité, l'allergie ou leur potentiel à induire d'autres complications

J'ai refusé la vaccination par COVID-19 en raison de l'insuffisance des données de sécurité à long terme disponibles et/ou de raisons religieuses et philosophiques

J'ai ou je crois avoir déjà eu le COVID-19 et j'ai ou je suis susceptible d'avoir acquis une immunité naturelle

DÉCLARATION

Je déclare par la présente que les informations fournies dans ce formulaire sont correctes et véridiques au mieux de mes connaissances et de mes convictions. J'ai des préoccupations d'ordre médical, religieux ou philosophique et, par conséquent, je n'ai pas donné mon consentement à la vaccination par le COVID-19.

Nom en caractères d'imprimerie:

Signature:

Date: