



## DÉCLARATION DES PARENTS OU DU TUTEUR FORMULAIRE D'EXEMPTION D'IMMUNISATION COVID-19

Les injections de COVID-19, les vaccins ou les immunisations qui ont été administrés au public dans le cadre d'autorisations d'utilisation d'urgence, ont été associés à des effets indésirables modérés à graves et à des décès chez une petite proportion de receveurs, y compris des enfants. Il n'existe pas de données de sécurité à long terme issues des essais de phase 3 concernant les enfants, et les essais impliquant des enfants restent limités et ne sont en aucun cas suffisants pour caractériser avec précision les risques ou les avantages. Au fur et à mesure que la vaccination a été déployée chez les jeunes et les enfants, les données sur les effets indésirables se sont accumulées et suggèrent un risque appréciable. En contrepartie, le risque posé par le virus SARS-CoV-2 qui cause le COVID-19 semble actuellement négligeable chez les enfants en bonne santé. Les personnes ayant des problèmes médicaux, ainsi que celles qui ont déjà été infectées par le COVID-19 et qui ont acquis une immunité naturelle, ont des raisons légitimes de ne pas consentir à la vaccination contre le COVID-19. Ces personnes peuvent utiliser d'autres approches pour réduire à la fois le risque de transmission et le risque de maladie grave. Le droit Français et international entérine le droit d'un individu à refuser tout traitement ou intervention médicale sans être soumis à une sanction, une restriction ou une limitation des droits ou libertés protégés, car cela constituerait autrement une coercition.

### Tableau A

Nom complet de l'enfant (prénom et nom de famille):	
Adresse personnelle:	
Ville:	Département:
Code postal:	Pays:
Numéro de téléphone:	Adresse électronique:
Date de naissance de l'enfant (jj/mm/aaaa):	
Nationalité [si nécessaire]:	
Numéro de passeport [si nécessaire]:	
Nom complet du parent ou du tuteur (prénom et nom de famille):	
Lien avec l'enfant :	

### Tableau B

<input type="checkbox"/>	L'enfant concerné a des antécédents médicaux personnels et/ou familiaux de réactions allergiques, anaphylactiques ou gravement débilitantes à des aliments, médicaments, vaccins ou produits chimiques environnementaux
<input type="checkbox"/>	L'enfant concerné a des antécédents médicaux personnels et/ou familiaux de une ou plusieurs affections ou maladies auto-immunes
<input type="checkbox"/>	L'enfant concerné a des antécédents médicaux personnels et/ou familiaux de syndrome de fatigue chronique (SFC), encéphalomyélite myalgique (EM) ou autre(s) affection(s) post-virale(s)
<input type="checkbox"/>	L'enfant concerné a des antécédents médicaux personnels et/ou familiaux de une maladie ou un état neurologique ou inflammatoire
<input type="checkbox"/>	L'enfant concerné a des difficultés d'apprentissage, un trouble du spectre autistique ou un autre trouble du développement
<input type="checkbox"/>	L'enfant concerné est sous surveillance médicale pour une maladie aiguë, grave ou de longue durée
<input type="checkbox"/>	En tant que parent ou tuteur de l'enfant concerné, je suis très préoccupé(e) par les effets à long terme, encore inconnus, du 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
<input type="checkbox"/>	En tant que parent ou tuteur de l'enfant concerné, je ne donne pas mon consentement pour que l'enfant en question reçoive la vaccination au COVID-19 compte tenu de l'insuffisance des données disponibles sur la sécurité à long terme, et/ou de raisons religieuses ou philosophiques
<input type="checkbox"/>	L'enfant a, ou est soupçonné d'avoir eu, le COVID-19 et est donc 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. En tant que parent ou tuteur ayant la responsabilité parentale de l'enfant nommé ci-dessus, je ne donne pas mon consentement pour que des injections de COVID-19 ou des vaccinations connexes soient administrées à l'enfant.

Nom en caractères d'imprimerie:

Signature:

Date: