

Chers parents,

Si vous ne désirez pas faire vacciner votre enfant ou dans tous les cas ne faire effectuer que des vaccins spécifiques par un médecin de votre choix. Si vous refusez également de faire examiner votre enfant dans un environnement inadéquat et par une personne inconnue de votre enfant veuillez remplir le talon ci-dessous. Lors du prochain examen médical scolaire, veuillez ensuite remettre le dit talon à l'instituteur de votre enfant.



.....

EXAMEN MEDICAL SCOLAIRE ET VACCINATION

Avec la présente, nous déclarons que notre enfant

NOM PRENOM

NE LE

.....

ADRESSE

.....

ne doit être ni examiné, ni vacciné.

Nous effectuerons les examens nécessaires auprès de notre pédiatre/ médecin de famille.

Dans le cas où notre/mon enfant devait être vacciné ou examiné contre notre/ma volonté, nous nous réservons / je me réserve le droit de porter plainte pour blessure corporelle.

Lieu.....et date

Nom du ou des responsables de l'éducation.....

Signature.....