

DECLARATION DE RENONCIATION

Vaccination contre le Tétanos

Bien qu'ayant reçu toute information utile de la part du médecin concernant la maladie du tétanos ainsi que ses conséquences possibles:

NOM et PRENOM du médecin

.....
.....

ADRESSE.....

.....

et malgré le conseil avisé de la nécessité d'une vaccination selon le point de vue médical, je renonce sous ma propre responsabilité à cette vaccination.

NOM, PRENOM

ADRESSE :

Observations :

Lieu et date

Signature :

Le médecin:

Le patient ou son représentant

Copie et transmission de la présente autorisée et souhaitée. !

.....

Ort und Datum