
Consentement éclairé pour un mineur d'âge recevant le vaccin contre la COVID-19 de Pfizer

Je ne suis pas en mesure d'accompagner mon enfant ou mon pupille à la clinique de vaccination. Je donne l'autorisation à _____ d'amener mon enfant pour le vaccin.

J'ai déjà examiné et j'ai accès à la fiche d'informations sur l'autorisation d'utilisation en urgence du vaccin contre la COVID-19 de Pfizer. Si j'ai besoin de plus d'informations sur le vaccin ou le processus de vaccination, la personne qui a amené mon enfant me joindra par téléphone pour parler à un vaccinateur.

Veillez cocher l'une des cases suivantes

_____ J'ai rempli le questionnaire de dépistage en ligne (allergies / autres conditions médicales / etc.).

_____ J'ai imprimé / rempli le questionnaire de dépistage, et celui-ci sera apporté avec l'enfant.

_____ La personne qui a amené mon enfant possède les informations médicales nécessaires pour le questionnaire de dépistage ou peut me joindre pour plus d'informations.

Je comprends les risques et les bénéfices du vaccin et je consens à ce que mon enfant reçoive le vaccin Pfizer BioNTech dans le cadre d'une autorisation d'utilisation en urgence.

Nom et prénom de l'enfant

Date de naissance de l'enfant
(l'enfant doit être âgé d'au moins 12 ans)

Nom du parent ou du tuteur légal

Signature

Date du jour