

 <p>AMBASSADE DE FRANCE À MADAGASCAR</p> <p><i>Liberté Égalité Fraternité</i></p>	IMPRIME <b>COVID-19 – Décharge de responsabilité</b>	Version du 30 avril 2021
	Campagne de vaccination de Madagascar	

Nom, prénom : .....

Date de naissance : .....

Ville : .....

**Objet : décharge de responsabilité**

A Tananarive, le .....

Je soussigné(e), Madame/Monsieur ..... demeurant à ..... autorise les agents de santé de l'équipe de vaccination de l'Ambassade de France à pratiquer la vaccination anti-Covid-19.

Je m'engage en toute conscience des risques encourus sur ma santé, suite aux mises en garde énoncées ce jour, à les décharger de toutes responsabilités en cas de complications médicales sans aucune exception ni réserve ou d'incident de quelque nature que ce soit et à assumer seul(e) les conséquences de cet acte.

Je renonce donc à engager toute poursuite contre les agents de santé de l'équipe de vaccination de l'Ambassade de France, qu'ils/elles soient de nationalité française et/ou malgache, s'il survenait un accident.

Signature (précédée de la mention 'lu et approuvé')