# JEPG

# EHPAD SAINT LOUIS

# 23 RUE SAINT LOUIS

78760 JOUARS-PONTCHARTRAIN

Tél. : 01 34 91 78 78

Fax : 01 34 91 78 80

**RAPPEL DE VACCIN ANTI-COVID 19**

**Décision du référent familial ou tuteur**

Je soussigné(e), Mme/ Mr (\*) ……………………………………………………………………

Référent(e) de la résidente/du résident Mme/ Mr (\*)…………………………………………….

**1** – Accepte l’administration de la dose de rappel du vaccin anti-Covid 19 qui concerne la personne sus nommée.

**2** - N’accepte pas l’administration de la dose de rappel du vaccin anti-Covid 19 en ce qui concerne la personne sus nommée.

**3** – Délègue au médecin traitant la décision de procéder ou non à l’administration de la dose de rappel du vaccin anti-Covid 19.

Fait à………………………….

Le …………………………….

Signature

* Choisir entre 1 – 2 ou 3.