

Décharge de Responsabilité

Surveillance post-vaccination COVID-19

Je soussigné(e),

Demeurant

Confirme avoir été informé de la nécessité d'être placé sous surveillance 15 minutes après l'injection du vaccin contre la COVID-19.

Je choisis de ma propre initiative de quitter l'officine avant l'expiration de ce délai.

Je m'engage en toute conscience des risques encourus sur ma santé, suite aux mises en garde énoncées précédemment, à décharger mon pharmacien de toutes responsabilités en cas de complications médicales survenant dans un délai de 15 minutes après l'injection du vaccin sans aucune exception ni réserve ou d'incident de quelque nature que ce soit et à assumer seul(e) les conséquences de cet acte/de mon choix.

Je renonce donc de fait à engager toute poursuite contre l'officine.

Signature