

**Département de la santé du Vermont  
Clinique d'immunisation contre le COVID-19  
Formulaire de consentement**

**Nom du sujet :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance :** \_\_\_\_\_

- Je certifie que je suis le sujet et que j'ai au moins 18 ans, ou que je suis le parent ou le tuteur légal du sujet.
- J'ai reçu une copie de l'autorisation d'utilisation d'urgence (EUA) pour les sujets vaccinés ou de la déclaration d'information sur la vaccination pour le vaccin anti-COVID-19 que je vais recevoir aujourd'hui.
- J'ai lu et compris les informations contenues dans l'EUA pour les sujets vaccinés ou dans la déclaration d'information sur la vaccination.
- J'ai pu poser des questions sur le vaccin anti-COVID 19.
- Je comprends les avantages et les risques du vaccin anti-COVID-19 et je demande que le vaccin soit administré à la personne nommée ci-dessus pour laquelle je suis autorisé à donner mon consentement.\*

**Signature du sujet :** \_\_\_\_\_

**Date de signature du formulaire de consentement :**

\_\_\_\_\_

**Signature du parent/tuteur légal\* (si le sujet a moins de 18 ans)**

\_\_\_\_\_  
\*Si le mineur est sous la garde de l'État, la signature d'un représentant autorisé est exigée.

**Nom du parent/tuteur légal (en caractères d'imprimerie) :** \_\_\_\_\_

**Numéro de téléphone du parent/tuteur légal joignable dans la journée\*\* :**

\_\_\_\_\_  
\*\*Si le parent ou le tuteur légal ne sera pas présent à la clinique.