

**Objet : Autorisation par un représentant légal d'administrer le vaccin Covid-19 à des personnes qui ne sont plus en mesure d'exprimer leur volonté.**

Je soussigné ……………………………………………………………………………. , représentant légal de Mr/Mme

……………………………………………………………………………………, (en vertu de la loi du 22 août 2002 relative

aux droits du patient), certifie sur base des informations qui m'ont été **apportées,** donner mon

consentement **pour que le vaccin contre la COVID 19 renseigné par l'institution** **soit administré à la**

**personne que je représente, selon son schéma de vaccination complet.**

Fait à ……………………………………………………………..

Le …./…./….

Signature