CERTIFICAT ÉTABLI PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR ATTESTANT LES EFFETS DE LA VACCINATION

Je soussigné Docteur

Nom:

Prénom:

Adresse:

Exerçant à:

Déclare avoir conseillé le « vaccin » :
(Entourer la marque du « vaccin » prescrit)

Pfizer/BioNtech **Moderna** **AstraZeneca** **Janssen**

Je certifie par la présente que le « vaccin » qui va être administré présente les caractéristiques qui suivent:

- Il immunise la/le vacciné contre la contamination du virus SARS-CoV-2;
- Il empêche la/le vacciné de transmettre à des tiers, le virus SARS-CoV-2;
- Il empêche la/le vacciné d'être réinfecté par le virus SARS-CoV-2;

Le présent certificat est remis à Madame/Monsieur ……

Né le:

Demeurant:

Fait en deux exemplaires originaux

à le Signature et tampon du Médecin prescripteur

(Nb: l'ASSOCIATION REACTION19 conseille à celles et ceux qui souhaitent se faire « vacciner » de faire signer ce certificat par le Médecin prescripteur. Ce certificat engage le médecin, dans le cadre de son devoir d'information préalable au consentement du futur vacciné sur les effets du vaccin administré. Si le Médecin n'entendant pas signer ce certificat, tout en affirmant oralement les effets énoncés, nous vous conseillons de ne pas vous faire injecter le vaccin. En effet, si un Médecin est certain de sa prescription, il doit alors donner la preuve écrite de ses conseils au patient, comme lorsqu'il diagnostique une maladie et établit la prescription médicale par voie d'ordonnance. La prescription engage la responsabilité civile et pénale du Médecin en cas de prescription erroné,)

Remis en mains propres à Mme/M ……..…. …….. Contre décharge.

Signature de Mme/M……Valant consentement et décharge avant la vaccination

Association Loi 1901 – Agrément n°W751256495
68 rue du Faubourg Saint-Honoré – 750008 Paris
https://reaction19.fr