



Version 2.00

Recueil de l'avis des tuteurs, curateurs, sauvegardes de justice préalablement à la réalisation d'un acte de soin sur personne n'étant pas en mesure d'exprimer sa volonté

Cet avis est pris en compte dans la décision médicale collégiale concernant le résident qui ne peut décider seul et qui est légalement représenté.

Je,
Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Domicilié(e) à : _____

Déclare :

- ⁽²⁾ Être tuteur,
 ⁽²⁾ Être curateur,
 ⁽²⁾ Être sauvegarde de justice :

De :
Civilité : _____
Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____

Informé(e) via un formulaire de recueil de l'information élaboré par le médecin traitant du résident que je représente légalement, je :

- ⁽²⁾ Donne un avis favorable à la vaccination du résident,
 ⁽²⁾ Donne un avis défavorable à la vaccination du résident,

Commentaires :

Signature : _____ Date : _____

A renvoyer à la résidence CHAMPFLEURI

⁽²⁾ Cocher l'option choisie