



موافقة بعد تقديم المعلومات

تصرح الموقعة أسفله، السيدة رقم بطاقة
التعريف\ جواز السفر\ رقم تعريف المهاجرين بأنه تم إبلاغها
من طرف موظفي قطاع الصحة التابعين للمركز الصحي حول التلقيح
الثلاثي الحموي (ضد الحصبة والحميرة والتهاب النكفة) وبالنتائج المحتملة التي يمكن أن تقع عند
الحمل، وضرورة اجتنابه خلال 4 أسابيع بعد التلقيح.

كما أنهم قاموا بتقديم الإجابات الكافية لجميع الأسئلة التي طرحتها والمرتبطة بهذا الموضوع.

لذلك وبما أن المعلومات قد قدمت لي بشكل ملائم، أتقدم بطلب التلقيح المشار له سابقا.

ب في

الإمضاء:

ملاحظة: في حالة الأشخاص الذين يقل سنهم عن 18 سنة، يجب إمضاء هذه الوثيقة من طرفهم ومن طرف الأب أو
الأم أو الوصي الشرعي.