*Vos prénoms et noms*

*Votre adresse postale*

*Votre code postale et ville*

*Votre n° de téléphone*

*Votre adresse mail*

 à

 **Santé Publique France**

 **12 rue du val d’Osne**

**All. Vacassy**

**94410 Saint Maurice**

*Ville* le *date*

**Par lettre recommandée avec AR N°…**

Monsieur le Directeur,

Je me suis rendu*(e) le [date]* chez mon médecin traitant pour demander la prescription et l’ordonnance relative à l’administration du vaccin contre [nom du vaccin] pour mon enfant *[prénom de l'enfant].*

Le médecin m’a exposé les effets secondaires de ce vaccin qui peuvent être extrêmement graves.

J’ai demandé ainsi au médecin de me souscrire un engagement de responsabilité pour la prescription et l’ordonnance de ce vaccin, mais il a refusé.

Donc, en application de l’article 371-1 du Code civil, j’ai pris la décision de ne pas procéder à l’administration de ce produit et de ce fait on ne peut pas m’opposer le caractère obligatoire de la vaccination en l’absence d’un vaccin garantissant l’absence d’effets secondaires de nature à mettre en danger la vie de mon enfant.

Ainsi, il devra être scolarisé en l’état.

 *Nom, prénom et signature*