



## Projet Simandou

## Formulaire d'évaluation médicale annuelle\_Nationaux

## AVIS DE CONFIDENTIALITÉ :

Chaque année, tous les employés doivent remplir ce formulaire avec un médecin du travail recommandé par Simfer. Le formulaire médical rempli doit être envoyé à [simfermedicalteam@riotinto.com](mailto:simfermedicalteam@riotinto.com) pour approbation.

Les données personnelles demandées sur ce formulaire (vos données personnelles) comprennent des informations détaillées sur votre état de santé et sont nécessaires pour :

- Déterminer si votre travail a un impact sur votre santé.
- Vous prodiguer des soins médicaux appropriés si nécessaire.
- Déterminer si votre santé vous permet d'effectuer votre travail sainement et en toute sécurité.
- S'assurer que vos vaccins sont à jour.

La raison pour laquelle nous recueillons ces informations de santé tient au fait que travailler sur le projet Simandou pose des risques sanitaires importants. Il s'agit entre autres de l'accès limité aux installations et prestations médicales, des retards lors des évacuations médicales et de diverses maladies infectieuses et à transmission vectorielle.

Vos données personnelles seront traitées par l'équipe médicale de Simfer du projet Simandou. Si des anomalies médicales sont constatées sur votre formulaire d'évaluation, l'équipe médicale de Simfer est susceptible de partager vos données personnelles avec un médecin externe engagé pour fournir des prestations à Rio Tinto. Vos données personnelles ne seront partagées avec personne d'autre, sauf s'il faut vous administrer un traitement médical urgent ou vous évacuer en raison d'un problème médical grave. Dans de telles circonstances, il peut s'avérer nécessaire de partager vos données personnelles avec l'équipe sanitaire de Rio Tinto ou autres professionnels de la santé fournissant des prestations à Rio Tinto tels qu'International SOS, ou votre assureur (en ne communiquant systématiquement que le strict nécessaire).

Rio Tinto s'appuie sur ses intérêts légitimes pour traiter ces données personnelles vous concernant, et plus particulièrement sur son intérêt à assurer la santé et la sécurité au travail. Vos données personnelles seront conservées conformément aux exigences légales en matière de conservation des dossiers médicaux.

En vertu de la [norme de confidentialité des données](https://www.riotinto.com/sustainability/policies) de Rio Tinto (disponible à l'adresse <https://www.riotinto.com/sustainability/policies>), vous disposez de droits en matière de confidentialité des données, notamment du droit de consultation ou rectification des fiches contenant vos données personnelles, et d'être renseigné sur le traitement des données. Pour exercer droits de la personne concernée énoncés dans la norme de confidentialité des données, veuillez contacter [simfermedicalteam@riotinto.com](mailto:simfermedicalteam@riotinto.com) ou envoyer un courriel à [demande&C@riotinto.com](mailto:demande&C@riotinto.com)

**Attestation et consentement :** je confirme avoir lu le présent avis de confidentialité et consentir au traitement de mes données personnelles (dont mes informations de santé) comme exposé ci-dessus. Je comprends également que le traitement de mes données personnelles (dont mes informations de santé) peut être effectué si nécessaire afin de respecter les obligations légales de Rio Tinto, et que lorsque le traitement de mes données personnelles (dont mes informations de santé) se fonde sur mon consentement, je peux révoquer ce consentement en informant [simfermedicalteam@riotinto.com](mailto:simfermedicalteam@riotinto.com)

Nom en majuscules : CAMARA ABOUBACAR  
07/03/2024

Signature :

Date :

CONFIDENTIEL

Le formulaire rempli doit être envoyé par courriel à l'équipe médicale de Sim  
[simfermedicalteam@riotinto.com](mailto:simfermedicalteam@riotinto.com)



|  |                                                         |                      |                 |
|--|---------------------------------------------------------|----------------------|-----------------|
|  | <h2 style="margin: 0;">Système de gestion<br/>HSEC</h2> | N° du doc. :         | HSEC_FOR_031029 |
|  |                                                         | Version :            | 1.0             |
|  |                                                         | Révisé par :         | Sékou Camara    |
|  |                                                         | Approuvé par :       | Sofiane Chebli  |
|  |                                                         | Date d'approbation : | 12/11/2023      |

### Projet Simandou

## Formulaire d'évaluation médicale annuelle\_Nationaux

1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : à remplir par l'employé :

|                        |                  |              |            |
|------------------------|------------------|--------------|------------|
| Prénoms et nom         | CAMARA ABOUBACAR | Date de      | 24/12/1982 |
| Nationalité            | GUINEENNE        |              |            |
| Employeur              | CR18             |              |            |
| Fonction/poste         | WELDER           |              |            |
| Adresse personnelle    | CAMP3            |              |            |
| Téléphone fixe         |                  | Téléphone    | 621263019  |
| Numéro de passeport/CI |                  | Date         |            |
| Adresse mail           |                  |              |            |
| Contact d'urgence      | Nom              | TOURE BINTOU |            |
|                        | Téléphones       | 622428077    |            |
|                        | Adresse          |              |            |

2 - QUESTIONNAIRE SANITAIRE :

À remplir par l'employé avant l'examen médical. Répondez sincèrement à toutes les questions. Si vous répondez Oui, précisez en détail pour chaque cas dans le champ des commentaires ci-dessous.

Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous actuellement de l'une des conditions suivantes ?

|                                                                                                                                                                | Oui                                 | Non                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>2. Antécédents médicaux</b>                                                                                                                                 |                                     |                                     |
| <b>2.1 Système nerveux central</b>                                                                                                                             |                                     |                                     |
| Céphalées/migraines fréquentes ou aiguës                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Vertiges, étourdissements ou titubements                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Traumatisme crânien, commotion cérébrale, évanouissement                                                                                                       | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Épilepsie ou convulsions                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Trouble mental ou psychologique, phobie                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>2.2 Système cardiovasculaire</b>                                                                                                                            |                                     |                                     |
| Troubles cardiaques, par ex. rhumatisme articulaire, souffle au cœur, essoufflement, palpitations, douleurs thoraciques, angine de poitrine ou crise cardiaque | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hypertension artérielle, cholestérol élevé ou troubles circulatoires dont accident vasculaire cérébral, crampes dans les mollets lors d'un exercice physique   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>2.3 Appareil respiratoire inférieur</b>                                                                                                                     |                                     |                                     |
| Asthme, toux chronique, pneumoconiose                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tuberculose ou pneumonie                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>2.4 Appareil respiratoire supérieur</b>                                                                                                                     |                                     |                                     |
| Troubles oto-rhino-laryngologiques                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Troubles auditifs ou langagiers                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>2.5 Dermatologie et système musculosquelettique</b>                                                                                                         |                                     |                                     |
| Tumeurs malignes ou cancer                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Troubles cutanés (psoriasis, eczéma, acné)                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Maladie musculaire, osseuse, articulaire ou dorsale                                                                                                            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |





## Projet Simandou

## Formulaire d'évaluation médicale annuelle\_Nationaux

## 2.6 Appareil urinaire et reproducteur

|                                        |                                     |                                     |
|----------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Calculs rénaux ou infections urinaires | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Problèmes prostatiques/gynécologiques  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Êtes-vous enceinte ?                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |

## 2.7 Organes abdominaux

|                                                |                          |                                     |
|------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Brûlures gastriques, indigestion fréquente     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Troubles gastriques, hépatiques ou intestinaux | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Saignement rectal                              | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

## 2.8 Système endocrinien

|                                                                |                          |                                     |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Diabète sucré                                                  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Maladie thyroïdienne, trouble glandulaire                      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hémopathies (drépanocytose, thalassémie, leucémie, hémophilie) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

## 2.9 Maladies infectieuses

|                          |                          |                                     |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Hépatite B et C, VIH/IST | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|

## 2.10 Autre

|                                                                               |                                     |                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Allergies                                                                     | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hospitalisation pour quelque raison que ce soit                               | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Toute intervention ou opération chirurgicale                                  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Toute maladie tropicale, par ex. bilharziose ou paludisme                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Problèmes oculaires                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Cancer, excroissance ou tumeur de toute nature                                | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Pensez-vous que votre milieu de travail actuel pourrait nuire à votre santé ? | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Perte ou prise de poids inexplicquée                                          | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |

Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui. [REDACTED]

## 3. Histoire sociale

Oui Non

|                            |                                     |                                     |
|----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Alcool                     | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Drogues récréatives        | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Exercice, sport et loisirs | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Tabagisme                  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |

Alcool : à quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ? [REDACTED]

Combien en consommez-vous ? [REDACTED]

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? [REDACTED]

Quel type d'exercice pratiquez-vous et à quelle fréquence ? [REDACTED] Course 2 fois/semaine





## Projet Simandou

## Formulaire d'évaluation médicale annuelle\_Nationaux

Commentaires : [REDACTED]

| 4. | Respiration/tuberculose                                                                                                                             | Oui                      | Non                                 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|    | Toussez-vous habituellement dès le matin ?                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|    | Toussez-vous habituellement en journée ou la nuit ?                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|    | Avez-vous habituellement des remontées de mucosités en journée ou la nuit ?                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|    | Avez-vous déjà craché du sang ?                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|    | Sentez-vous parfois votre poitrine se serrer, ou votre respiration devenir difficile ?                                                              | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|    | Êtes-vous gêné par un essoufflement quand vous vous hâtez sur sol plat ou quand vous montez une légère pente en marchant ?                          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|    | Votre essoufflement empire-t-il un jour quelconque ?                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|    | Votre poitrine vous semble-t-elle parfois siffler ou chuintier ?                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|    | Au cours des 3 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie de poitrine qui vous a éloigné de vos fonctions habituelles pendant une semaine ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|    | Avez-vous déjà subi une blessure ou opération affectant votre poitrine ?                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|    | Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques ?                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|    | Avez-vous déjà eu bronchite, pneumonie ou pleurésie ?                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|    | Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire ?                                                       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui. [REDACTED]

## 5 Traitement médicamenteux

Veuillez indiquer le type et les doses de tous les médicaments que vous prenez actuellement.

[REDACTED]

## 6 Allergies

Veuillez indiquer si vous avez des allergies :

Nourriture : [REDACTED]Médicaments : [REDACTED]Produit chimique : [REDACTED]Autre : [REDACTED]



## Projet Simandou

## Formulaire d'évaluation médicale annuelle\_Nationaux

## DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ :

Je déclare par la présente qu'à ma connaissance, les réponses à toutes les questions sont correctes, et n'avoir caché aucune information concernant ma santé passée ou présente.

Nom en majuscules :

Signature :

Date :





## Projet Simandou

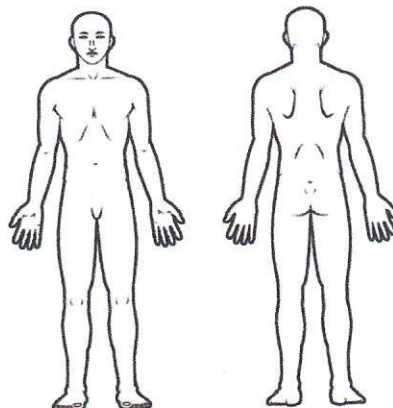
## Formulaire d'évaluation médicale annuelle\_Nationaux

## 4 - EXAMEN MÉDICAL

À remplir par le médecin examinateur. Un examen minutieux de tous les systèmes est demandé, et toutes les rubriques doivent être remplies.

|                    |               |       |                         |              |    |
|--------------------|---------------|-------|-------------------------|--------------|----|
| Taille             | Cm <u>175</u> | Pieds | Poids                   | Kg <u>70</u> | Lb |
| IMC (indice de mas | <u>22,9</u>   |       | Température <u>36,6</u> | °C           | °F |

|                        | Normal                              | Anormal                  |
|------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Yeux                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oreilles, nez et gorge | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dents et bouche        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Respiration            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cardiovasculaire       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abdomen                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Musculosquelettique    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Extrémités             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Génito-urinaire        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Commentaires sur les constats cliniques :

|                     |                    |                        |                                                                                  |
|---------------------|--------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Pression artérielle | <u>127/73 mmHg</u> | Fréquence respiratoire | <u>24 Cycles</u>                                                                 |
| Fréquence cardiaque | <u>68 bpm</u>      | Rythme cardiaque       | Régulier <input checked="" type="checkbox"/> Irrégulier <input type="checkbox"/> |

## 5 - ANALYSE EN LABORATOIRE :

Veuillez joindre les résultats de tout test s'ils ne figurent pas dans ce formulaire.

## ANALYSE URINAIRE :

|            |              |            |              |
|------------|--------------|------------|--------------|
| Glucose    | <u>Neant</u> | Sang       | <u>Neant</u> |
| Bilirubine | <u>Neant</u> | Leucocytes | <u>Neant</u> |
| Cétone     | <u>Neant</u> | Protéine   | <u>Neant</u> |

## ANALYSES SANGUINES :





## Projet Simandou

## Formulaire d'évaluation médicale annuelle\_Nationaux

|                                         |                                            |                                             |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Numération et formule sanguines         | <input type="checkbox"/> Normal            | <input checked="" type="checkbox"/> Anormal |
| Glycémie à jeun                         | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal            |
| Urée                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal            |
| Créatinine                              | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal            |
| Sérologie Hépatite A (personnel de      | <input type="checkbox"/> Normal            | <input type="checkbox"/> Anormal            |
| Sérologie de l'hépatite B               | <input type="checkbox"/> Normal            | <input checked="" type="checkbox"/> Anormal |
| Selles (personnel de cuisine seulement) | <input type="checkbox"/> Normal            | <input type="checkbox"/> Anormal            |
| IDR Tuberculine (personne de cuisine)   |                                            |                                             |
| Cholestérol (total, HDL, LDL)           | <input type="checkbox"/> Normal            | <input type="checkbox"/> Anormal            |
| Triglycérides                           | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal            |
| ALAT- ASAT                              | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal            |
| Gamma GT                                | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal            |

## DÉPISTAGE URINAIRE DES DROGUES :

|                 |                                             |                                  |
|-----------------|---------------------------------------------|----------------------------------|
| Amphétamines    | <input checked="" type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Positif |
| Benzodiazépines | <input checked="" type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Positif |
| Cannabinoïdes   | <input checked="" type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Positif |
| Opiacés         | <input checked="" type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Positif |
| Cocaïne         | <input checked="" type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Positif |

## RADIOGRAPHIE THORACIQUE : veuillez joindre le cliché radiographique (tous les 2 ans)

Veuillez joindre le cliché radiographique

## Constatations :

☐ Normal☐ Anormal :

## EXAMEN DE LA VISION :

| Vision : | Sans lunettes |            | Avec lunettes | Vision chromatique :                                                                                                     |
|----------|---------------|------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          | Éloignée      | Rapproché  |               |                                                                                                                          |
| Droit    | 6/<br>10/10   | 6/<br>4/10 | 6/            | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Rouge/vert <input type="checkbox"/> Autre |
| Gauche   | 6/<br>10/10   | 6/<br>4/10 | 6/            | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal                                              |





## Projet Simandou

## Formulaire d'évaluation médicale annuelle\_Nationaux

SPIROMÉTRIE : veuillez joindre le rapport complet (tous les 2 ans)

|                                        | CVF     | VEMS 1  | VEMS %   |
|----------------------------------------|---------|---------|----------|
| Mesuré                                 | 3, 64L  | 3, 57L  | 98, 08%  |
| Prévu                                  | 4, 66L  | 3, 85L  | 79, 87%  |
| % prévu                                | 78, 11% | 92, 73% | 122, 80% |
| Transmettre si ratio VEMS 1/CVF > 70 % |         |         |          |

|                                          | Normal                              | Anormal                  | Commentaires |
|------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------|
| Oreille gauche                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |
| Oreille droite                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |
| IPA : %                                  |                                     |                          |              |
| Commentez en détail toutes les anomalies |                                     |                          |              |

AUDIOMÉTRIE : veuillez joindre l'audiogramme (tous les 2 ans)

## VACCINATION :

Veuillez indiquer le statut vaccinal du demandeur et tout vaccin administré. Une copie du « carnet de vaccinations internationales » ou de la « fiche d'immunisation » doit être jointe à ce formulaire.

Veillez à souligner l'importance des vaccins et à indiquer dans la section des commentaires si le demandeur a refusé l'un des vaccins.

| Vaccin               | Immunisé                 | Date | Commentaires |
|----------------------|--------------------------|------|--------------|
| Obligatoire :        |                          |      |              |
| Fièvre jaune         | <input type="checkbox"/> |      |              |
| Personnel de cuisine |                          |      |              |
| Hépatite A           | <input type="checkbox"/> |      |              |
| Hépatite B           | <input type="checkbox"/> |      |              |
| Typhoïde             | <input type="checkbox"/> |      |              |
| Méningite            | <input type="checkbox"/> |      |              |
| Diphtérie            | <input type="checkbox"/> |      |              |
| Tétanos              | <input type="checkbox"/> |      |              |



|                                                                                  |                                                                                      |                      |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------|
|  | <b>Système de gestion<br/>HSEC</b>                                                   | N° du doc. :         | HSEC_FOR_031029 |
|                                                                                  |                                                                                      | Version :            | 1.0             |
|                                                                                  |                                                                                      | Réviser :            | Sékou Camara    |
|                                                                                  |                                                                                      | Approuvé par :       | Sofiane Chebli  |
|                                                                                  |                                                                                      | Date d'approbation : | 12/11/2023      |
|  | <b>Projet Simandou</b><br><b>Formulaire d'évaluation médicale annuelle_Nationaux</b> |                      |                 |

| Fortement recommandé : |                          |  |  |
|------------------------|--------------------------|--|--|
| Covid 19               | <input type="checkbox"/> |  |  |
| Hépatite A             | <input type="checkbox"/> |  |  |
| Hépatite B             | <input type="checkbox"/> |  |  |
| Tétanos                | <input type="checkbox"/> |  |  |
| Polio                  | <input type="checkbox"/> |  |  |
| Typhoïde               | <input type="checkbox"/> |  |  |
| Méningococcie          | <input type="checkbox"/> |  |  |
| Diphtérie              | <input type="checkbox"/> |  |  |
| Rage*                  | <input type="checkbox"/> |  |  |

(\*) Fortement recommandé aux employés qui pourraient être en contact avec la faune dans le cadre de leur travail.

Déclaration à signer par l'employé(e) s'il/si elle refuse un vaccin.

**« Je déclare par la présente avoir refusé l'administration des vaccins susmentionnés, ce après avoir pris connaissance de leur recommandation et eu égard au profil de risque épidémiologique élevé de la Guinée. Ma décision concernant le vaccin a été prise en toute connaissance de cause. »**

Nom en majuscules :

Signature :

Date :





**Projet Simandou**  
**Formulaire d'évaluation médicale annuelle\_Nationaux**