

ATTESTATION CITOYENNE

La Constitution de la République démocratique de l'île Maurice protège votre droit à la sécurité. Le Data Protection Act protège la confidentialité de vos données médicales. VOUS N'AVEZ NI À SUBIR UN VACCIN EXPÉRIMENTAL, NI À SUBIR UN ACTE MÉDICAL, NI À MONTRER VOS RÉSULTATS MÉDICAUX SI VOUS NE LE SOUHAITEZ PAS.

Ce document est à personnaliser et à montrer à toute personne qui vous demanderait de communiquer votre carte de vaccination ou votre résultat de test PCR.

VOTRE NOM / Prénom

Adresse

Ville

Date

En tant que citoyen/ne résident/e de l'Île Maurice, je bénéficie :

1. de la sécurité de ma personne, qui est un droit établi par la Constitution de la République démocratique de l'île Maurice.

J'estime que ma sécurité n'est pas assurée dans la mesure où les vaccins proposés sont des vaccins expérimentaux de phase III, tel que confirmé par leurs fabricants et les organismes internationaux dont l'OMS.

2. Le Data Protection Act en vigueur dans notre République protège mes données médicales : celles-ci sont strictement confidentielles.

Sur la base des points 1 et 2 ci-dessus, je fais valoir par la présente mes droits constitutionnels et ceux protégeant la confidentialité de mes données médicales.

Je compte sur votre compréhension et sur votre coopération légitimes, s'agissant de nous conformer aux Lois régissant notre pays.

Votre signature

**MY BODY
MY CHOICE
MY VOICE**