



AUTORISATION PARENTALE DANS LE CADRE DE LA VACCINATION CONTRE LE COVID-19 DES ENFANTS ÂGÉS DE 5 À 11 ANS

Je soussigné(e),

Parent 1 : _____

Parent 2 : _____

certifiant agir en qualité de parent exerçant l'autorité parentale / tuteur légal¹

autorise le Centre de vaccination de _____

à vacciner mon enfant contre le Covid-19 :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

À compléter, si un seul des deux parents est présent au moment de la
vaccination² :

Je déclare sur l'honneur que Monsieur, Madame _____, en
qualité de parent co-titulaire de l'autorité parentale, a donné son autorisation à la
vaccination contre le Covid-19 de l'enfant ci-dessus désigné.

Afin de déterminer si mon enfant doit recevoir une ou deux doses de vaccin,
j'autorise la réalisation d'un test sérologique avant sa vaccination.

Fait à _____

Le _____

Signature(s) parent(s)

¹ Veuillez rayer les mentions inutiles

² La vaccination des mineurs âgés de 5 à 11 ans nécessite l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale. Ainsi, en présence d'un seul parent au moment de la vaccination, ce dernier s'engage sur l'honneur à ce que le parent co-titulaire de l'autorité parentale ait donné son autorisation. Toute déclaration ou information qui s'avèrerait erronée ultérieurement, engage sa seule responsabilité.