



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



SE VACCINER, SE PROTÉGER

AUTORISATION PARENTALE DANS LE CADRE DE LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Je soussigné(e), _____
certifiant agir en qualité de parent exerçant l'autorité parentale / tuteur légal
autorise le Centre de vaccination de _____
à vacciner mon enfant contre la Covid-19 :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Fait à _____

Le _____

Signature parent

VACCINATION ANTI-COVID