



AUTORISATION A LA VACCINATION CONTRE LA COVID - 19

Je soussigné(e),

Parent : .....

Certifiant agir en qualité de parent exerçant l'autorité parentale / tuteur légal <sup>1</sup>

autorise le Centre de vaccination de \_\_\_\_\_ ou l'équipe mobile de  
vaccination opérant dans l'établissement \_\_\_\_\_

- à vacciner mon enfant contre la Covid-19  Oui  Non

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

**Numéro de sécurité Sociale :** .....

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature(s)

<sup>1</sup> Veuillez rayer les mentions inutiles