



Autorisation parentale - Vaccination des mineurs

Je soussigné(e) Mr/Mme.....

demeurant au.....

.....CP.....Ville.....

En qualité de parent 1 , parent 2 , tuteur .

déclare solliciter le **Dr F.JACQUEMIN / Dr L.RAFANOHARANA / Dr R.GIRAUD**

et par conséquent donner mon consentement au médecin du centre de vaccinations internationales de la Ville de Marseille à effectuer les vaccinations suivantes (**entourez le ou les vaccins que vous souhaitez réalisez, si un vaccin non identifié est nécessaire le médecin vous contactera par téléphone**).

Pour l'enfant.....né (e) le...../...../.....

Fièvre Jaune / Hépatite A / Hépatite B / Méningite (s) / dTP / dTPCa / Rage / ROR / Typhoïde / Encéphalite Japonaise,...

Pour l'enfant.....né (e) le...../...../.....

Fièvre Jaune / Hépatite A / Hépatite B / Méningite (s) / dTP / dTPCa / Rage / ROR / Typhoïde / Encéphalite Japonaise,...

Pour l'enfant.....né (e) le...../...../.....

Fièvre Jaune / Hépatite A / Hépatite B / Méningite (s) / dTP / dTPCa / Rage / ROR / Typhoïde / Encéphalite Japonaise,...

Pour l'enfant.....né (e) le...../...../.....

Fièvre Jaune / Hépatite A / Hépatite B / Méningite (s) / dTP / dTPCa / Rage / ROR / Typhoïde / Encéphalite Japonaise,...

Je certifie avoir été averti(e), par l'équipe du Centre de Vaccinations Internationales de la Ville de Marseille des effets secondaires de ce(s) vaccin(s).

Le parent 1 , parent 2 , absent (cocher la mention utile est informé que l' / les enfant(s) mentionné(s) ci-dessus va (vont) être vacciné(s) ce jour, et n'est pas opposé à la vaccination.

Cette autorisation n'est valable que si elle est convenablement remplie, signée et accompagné(e) de la photocopie de la pièce d'identité (recto-verso) du parent signataire (ou tuteur légal) ainsi que d'une copie de la pièce d'identité (recto-verso) de la personne majeure accompagnante.
Si l'enfant a un patronyme différent du parent accompagnant se munir du livret de famille ou de l'extrait de naissance.

A Marseille, le

Signature :

