



Autorisation parentale de vacciner pour les mineurs

Je soussigné(e) Mr/Mme.....

demeurant au.....

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

en qualité de parent 1 , parent 2 , tuteur

déclare solliciter le **Dr Jacquemin / Dr Rafanoharana/ Dr Giraud**

et par conséquent donner mon consentement au médecin du centre de vaccinations internationales de la Ville de Marseille à effectuer les vaccinations suivantes (entourer le(s) vaccin(s) concernés)

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

Fièvre jaune / Hépatite A/ Hépatite B/ Méningite(s)/ D(A)TPC(A)/ Rage / ROR / Encéphalite Japonaise/ Typhoïde

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

Fièvre jaune / Hépatite A/ Hépatite B/ Méningite(s)/ D(A)TPC(A)/ Rage / ROR / Encéphalite Japonaise/ Typhoïde

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

Fièvre jaune / Hépatite A/ Hépatite B/ Méningite(s)/ D(A)TPC(A)/ Rage / ROR / Encéphalite Japonaise/ Typhoïde

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) vaccins .

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

Agrafer la photocopie de(s) carte(s) d'identité parent(s) et enfant(s) à l'autorisation parentale. Si l'enfant a un patronyme différent du parent accompagnant agrafer la photocopie du livret de famille ou de l'extrait de naissance à l'autorisation parentale.

A Marseille, le.....

Signature: