



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

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_

certifiant agir en qualité de représentant(e) légal(e), autorise le Centre de Vaccination à vacciner mon enfant contre la COVID-19.

Coordonnées de l'enfant :

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

Prénom : \_\_\_\_\_

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

En cas d'urgence, vous pouvez me contacter de la manière suivante :

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature représentant(e) légal(e) :

\_\_\_\_\_