

AUTORISATION POUR LES MINEURS NON ACCOMPAGNES DE LEURS PARENTS OU DE LEUR TUTEUR LEGAL

Je soussigné(e), Monsieur, Madame : _____

en qualité de père / mère / tuteur légal *

autorise le Centre des Vaccinations Internationales de la Mairie d'Aix en
Provence à vacciner mon enfant :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Avec le ou les vaccins suivants : Fièvre Jaune ; diphtérie, tétanos, polio,
coqueluche (DTCP) ; rougeole, oreillons, rubéole (ROR) ; Hépatite A ; Typhoïde,
Méningite ; Encéphalite japonaise ; Rage *

Fait à _____ Le _____

Signature du parent ou du tuteur légal:

Cette autorisation n'est valable que si elle est convenablement remplie, signée
et accompagnée 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.

Cette autorisation et les copies des pièces d'identité peuvent être remises en
main propre à l'accueil du Centre des vaccinations Internationales de l'Institut
Pasteur ou envoyées par mail à : vaccinations@mairie-aixenprovence.fr

** Veuillez rayer les mentions inutiles*