



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) :
