



**MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



SE VACCINER, SE PROTÉGER

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

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_  
certifiant agir en qualité de parent exerçant l'autorité parentale / tuteur légal  
autorise le Centre de vaccination de \_\_\_\_\_  
à vacciner mon enfant contre la Covid-19 :

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

Prénom : \_\_\_\_\_

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

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature parent

\_\_\_\_\_

**VACCINATION ANTI-COVID**