



Autorisation parentale pour les mineurs non accompagnés d'un représentant légal

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance de l'enfant : / /

Numéro de sécurité social : _ _ _ _ _

Je soussigné(e),

Représentant légal 1 : _____

Représentant légal 2 : _____

Autorise le Centre de Vaccination ABL (Arras- Béthune- Lens) de l'ANPS (Association Nationale de Protection de la Santé) à vacciner l'enfant désigné ci-dessus désigné pour les vaccinations suivantes :

- Diphtérie, Tétanos, Polio, Coqueluche OUI NON
- Rougeole, Oreillons, Rubéole OUI NON
- Hépatite B OUI NON
- Méningite à Méningocoque ACWY OUI NON
- Méningite à Méningocoque C OUI NON
- HPV (Papillomavirus) OUI NON
- Grippe OUI NON
- Covid-19 OUI NON

A noter que jusqu'à 4 vaccins peuvent être administrés au cours d'une même séance si nécessaire.

A compléter en cas de signature d'un seul représentant légal :

- Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné
- Je déclare sur l'honneur que le second responsable légal de l'enfant : Monsieur, Madame....., est matériellement empêché de signer le présent formulaire mais à donner son autorisation pour le(s) vaccins cochés ci-dessus.

Date :

Signature(s) :