

AUTORISATION DE SOINS SUR MINEURS
(Articles 28 et 41 – Décret n°74.27 du 14 janvier 1974)

Nous, soussignés, informés par le Docteur (Médecin du service du Centre de Vaccinations) des risques liés à l'acte de soins, autorise à ce que soit pratiqué sur la personne de l'enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Les actes précisés ci-après : ➔ *cocher les actes concernés*

Vaccinations (primovaccination et rappels) :

Fièvre jaune

Encéphalite japonaise

Hépatite A

Fièvre typhoïde

Rage

Encéphalite à tiques

Méningocoque ACW135Y

Autres (précisez) :

Les parents (les deux) : joindre les photocopies des pièces d'identité (du père et de la mère) et du livret de famille (ou toute autre pièce permettant d'apporter la preuve de la filiation (attestation de prise en charge par les organismes de sécurité sociale...))

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Signature :

Signature :

Autre représentant légal (joindre la photocopie de la pièce d'identité et la décision du juge des affaires familiales) :

Nom :

Prénom :

Signature :

Original : Dossier médical

Date :

Remettre un double aux parents