

AUTORISATION PARENTALE DE SOINS SUR MINEUR

(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** dans le cadre du voyage
- ☐ **Vaccinations** dans le cadre du calendrier vaccinal français
- ☐ **Prise de sang**
- ☐ **IDR** au Tubertest

DOCUMENTS A NOUS FOURNIR

En cas de non présentation de ces documents, votre enfant NE POURRA PAS ETRE VACCINE

☐	Autorisation parentale de soins sur mineur
☐	Pièce d'identité du 1 ^{er} parent
☐	Pièce d'identité du 2 ^{ème} parent
Documents de filiation	
☐	Acte de naissance ou
☐	Livret de famille page parents et page enfant ou
☐	Récépissé
☐	Jugement de divorce ou convention homologuée
☐	Autre :

Représentant légal :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Signature :

Signature :

Autre représentant légal (joindre la photocopie de la pièce d'identité) :

Nom :

Prénom :

Signature :

Original : Dossier médical

Date :