

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

Joindre OBLIGATOIREMENT les photocopies des pièces d'identité du père et de la mère, la photocopie 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), la décision du juge des Affaires Familiales en cas de séparation/divorce :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Signature :

Signature :

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

Nom :

Prénom :

Signature :

Original : Dossier médical

Date :