

**AUTORISATION POUR LES MINEURS
NON ACCOMPAGNES DE LEURS PARENTS
ou DE LEUR TUTEUR LEGAL**

Je soussigné(e), Monsieur, Madame : _____

en qualité de père / mère / tuteur légal (1)

autorise le Centre des Vaccinations Internationales de l'Institut Pasteur de Paris à vacciner mon enfant :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

contre la Fièvre Jaune ou à faire les vaccins nécessaires pour se

rendre en / au : _____

Fait à _____ **Le** _____

Signature du parent ou du tuteur légal:

Cette autorisation n'est valable que si elle est convenablement remplie et accompagnée de la photocopie de la pièce d'identité du parent signataire (ou tuteur légal).

Elle peut être remise en main propre à l'accueil du Centre des vaccinations internationales de l'Institut Pasteur ou envoyé par FAX au : 01 40 61 38 39.

(1) Veuillez rayer les mentions inutiles