

AUTORISATION POUR LES MINEURS
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 : _____

Pour un séjour du _____

Par ailleurs, je certifie qu'aucun parent ou responsable légal ne s'oppose à cette vaccination.

Fait à _____ **Le** _____

Signature du parent ou du tuteur légal:

Cette autorisation n'est valable que si elle est convenablement remplie.

(1) Veuillez rayer les mentions inutiles