

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

Je soussignée, Monsieur, Madame :

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

Autorise le SUMPPS Centre de Santé des Etudiants de Brest à vacciner mon enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Contre (nom du vaccin) :

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).

(1) Veuillez rayer les mentions inutiles