

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) (Prénom NOM) _____

agissant en qualité de père mère responsable légal

(n° de téléphone : _____)

de l'enfant (Prénom NOM) _____

né(e) le ___ / ___ / _____

autorise le Centre de Vaccinations Internationales Air France, par A.V.S. à :

- Vacciner l'enfant contre la fièvre jaune **uniquement** ;
- Vacciner l'enfant contre (compléter) :

- Effectuer la/les vaccination(s) jugée(s) nécessaire(s) par le personnel soignant du Centre.

***Je certifie par ailleurs qu'aucun parent ou responsable légal ne s'oppose à cette vaccination.
J'atteste par ma signature avoir pris connaissance des tarifs pratiqués ainsi que des
modalités de remboursement des différents vaccins par l'Assurance maladie.***

Cette autorisation dûment remplie n'est valable qu'accompagnée :

- De la pièce d'identité de l'enfant ;
- De la pièce d'identité (ou photocopie lisible) du signataire ;
- Si les noms diffèrent : livret de famille, acte de naissance ou délégation d'autorité parentale.

Fait à : _____ , le ___ / ___ / _____

Signature