

**AUTORISATION POUR LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19 D'UNE
PERSONNE MINEURE**

CENTRE DE VACCINATION

À remplir par le représentant légal de la personne mineure à vacciner

Je soussigné(e), (NOM, Prénom) _____ responsable légal
de la personne mineure (NOM, Prénom) _____

Né(e) le _____ à _____

Tel portable _____ Email _____

consens que soit réalisée sur le mineur désigné la vaccination contre la Covid-19.

Fait à Monaco, le _____

Signature du représentant légal :

Nos données à caractère personnel seront exploitées conformément à la loi n° 1.165 du 23 décembre 1993 relative à la protection des informations nominatives, modifiée, et, le cas échéant, à la décision ministérielle du 20 mai 2020 relative à la mise en œuvre d'un traitement d'informations nominatives destiné à permettre le suivi de la situation épidémiologique, prise en application de l'article 65 de l'Ordonnance Souveraine n° 6.387 du 9 mai 2017 relative à la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (2005) en vue de lutter contre la propagation internationale des maladies.