

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

**CENTRE DE VACCINATION**

**A remplir par les représentants légaux de la personne mineure à vacciner**

**Je soussigné(e), (NOM, prénom)**

\_\_\_\_\_

**Je soussigné(e), (NOM, prénom)**

\_\_\_\_\_

responsable légal de la personne mineure (NOM, prénom) \_\_\_\_\_

née le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**Tél. portable** \_\_\_\_\_

**Email** \_\_\_\_\_

**consens** que soit réalisée sur la personne mineure désignée la vaccination contre la COVID-19.

**Fait à** \_\_\_\_\_

**le** \_\_\_\_\_

**Signature du représentant légal**

**Tél. portable** \_\_\_\_\_

**Email** \_\_\_\_\_

**consens** que soit réalisée sur la personne mineure désignée la vaccination contre la COVID-19.

**Fait à** \_\_\_\_\_

**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, modifiée*