



Institut Bouisson Bertrand
Fondation de la faculté de médecine de Montpellier - Nîmes

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

Je soussigné, Monsieur, Madame :

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

(1) *Veillez rayer les mentions inutiles*

Autorise le centre de Vaccination Institut Bouisson Bertrand à vacciner mon enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

- Contre la Fièvre Jaune Uniquement.
- Effectuer la ou les vaccination(s) jugée(s) nécessaire(s) par le professionnel de Santé du Centre pour se rendre en/au
- Effectuer la ou les vaccination(s) jugée(s) nécessaire(s) par le professionnel de Santé du Centre

Je certifie par ailleurs qu'aucun parent ou tuteur légal ne s'oppose à la vaccination.

Fait à le

Signature du parent ou du tuteur légal :

Cette autorisation dûment remplie n'est valable qu'accompagnée de deux documents suivants:

- _ la pièce d'identité valide de l'enfant portant le même nom que le signataire (si non, livret de famille ou acte de naissance pourra être demandé) ;
- _ la photocopie lisible de la pièce d'identité valide du parent signataire.

Elle peut être remise en main propre à l'accueil du centre des vaccinations internationales de l'Institut Bouisson Bertrand ou envoyée par FAX au : **04.11.93.29.14**