

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

(obligatoire pour tous les mineurs pris en consultation en l'absence de leurs parents ou de leurs tuteurs légaux)

Je soussigné(e) _____ (père, mère, tuteur)

et soussigné(e) _____ (père, mère)

autorise le Centre de Vaccination International du Centre Hospitalier Alpes Leman à réaliser sur mon fils / ma fille _____

toutes les vaccinations jugées nécessaires en vue de son voyage au / en _____

Commentaires :

.....
.....
.....

Fait à :

Le :

Signatures :

.....

NB :

- Une autorisation parentale par enfant
- Cette autorisation doit être présentée au moment de la consultation avec une photocopie des pièces d'identités des parents ou du tuteur (ou du livret de famille si les noms de famille sont différents)
- La case commentaires est disponible pour signaler tout problème de santé ou autre