

AUTORISATION PARENTALE À LA VACCINATION D'UN MINEUR

Autorisation à la vaccination contre: _____

Nom et Prénom de l'ENFANT : _____

Sexe : F G

N° SÉCURITÉ SOCIALE¹ (auquel est rattaché l'enfant) : _____

Date de naissance de l'enfant : _____/_____/_____

Code postal de résidence : _____

Je soussigné(e),

Parent/responsable légal 1 : _____ Téléphone : _____

Parent/responsable légal 2 : _____ Téléphone : _____

- *autorise la pharmacie _____ à vacciner contre _____ l'enfant ci-dessus désigné.*
- *autorise M./Mme² _____ à accompagner mon enfant pour la vaccination.*

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal :

- Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné.
- Je déclare sur l'honneur que le second responsable légal de l'enfant M., Mme _____, est matériellement empêché de signer le présent formulaire mais a donné son autorisation pour le vaccin coché ci-dessus³.

Date : _____ Signature(s) :

¹ Le cas échéant, indiquer le numéro Aide médicale de l'Etat (numéro de sécurité sociale temporaire).

² A compléter uniquement en cas de l'accompagnement de l'enfant par un tiers n'exerçant pas l'autorité parentale/tuteur légal.

³ La vaccination des mineurs nécessite l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale. Ainsi, en cas de signature d'un seul parent pour cause d'impossibilité matérielle de signer pour l'autre parent, le signataire s'engage sur l'honneur à ce que la personne co-titulaire de l'autorité parentale ait donné son autorisation. Toute déclaration ou information qui s'avèrerait inexacte ou falsifiée, engage sa seule responsabilité et pourra être punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende (article 441-7 du code pénal).