AUTORISATION PARENTALE DE VACCINATION

Je soussigné(e),

Parent 1 ou tuteur légal (Nom et prénom) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parent 2 ou tuteur légal (Nom et prénom) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone :

Autorise que mon enfant

Nom de l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom de l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de vaccination :

Heure :

Né.e le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Soit vacciné contre :

|  |  |
| --- | --- |
|  | Case à cocher |
|  | OUI | NON |
| Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche (obligatoire) |  |  |
| Rougeole, Oreillons, Rubéole (obligatoire) |  |  |
| Méningocoque C (obligatoire) |  |  |
| Hépatite B (obligatoire) |  |  |
| Fièvre jaune (obligatoire) |  |  |

Autorisez-vous la Croix-Rouge Française à vacciner votre enfant sans votre présence ? OUI NON

Si oui, votre enfant a-t-il :

* Des antécédents médicaux : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Un traitement en cours : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Une allergie connue aux œufs ou au poulet ? OUI NON
* Déjà fait une réaction allergique suite à un vaccin ? OUI NON

Si non, seriez-vous présent, vous ou un représentant, le jour de la vaccination ? OUI NON

Fait à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature obligatoire d’un tuteur légal :