

Je soussigné(e),

Parent 1 :

Parent 2 (facultatif) :

certifiant agir en qualité de parent exerçant l'autorité parentale / tuteur légal*, autorise
le Service Communal d'Hygiène et de Santé à vacciner mon enfant,

Nom :

Prénom:

Date de naissance :

Fait à, le.....

Signature(s) parent(s)

* Veuillez rayer la mention inutile.