

Formulaire de consentement préalable à la vaccination A (H1N1) 2009 > pour un mineur (moins de 18 ans)



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

Mineur – NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Titulaire de l'autorité parentale – Nom, Prénom(s) et adresse

A remplir par une personne exerçant l'autorité parentale

J'ai reçu une information sur le vaccin et la vaccination
(cochez la case si votre réponse est oui)

et donne mon accord

à la vaccination de l'enfant désigné ci-dessus: Oui Non

Date et signature

*En application de la législation en vigueur, vous possédez un droit
d'accès à ces informations en contactant la direction départementale
des affaires sanitaires et sociales de votre département.*

Les gestes de chacun font la santé de tous

