

**AUTORISATION POUR LES MINEURS
NON ACCOMPAGNES
DE LEURS PARENTS ou DE LEUR TUTEUR LEGAL**

Je soussigné(e), Monsieur, Madame : _____

en qualité de père / mère / tuteur légal (1),

autorise le Centre des Vaccinations Internationales de l'Institut Pasteur de Paris à vacciner mon enfant :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

contre la Fièvre Jaune ou à faire les vaccins nécessaires pour se

rendre en / au : _____

Pour un séjour du _____

Par ailleurs, je certifie qu'aucun parent ou responsable légal ne s'oppose à cette vaccination.

Fait à _____ **Le** _____

Signature du parent ou du tuteur légal:

Cette autorisation n'est valable que si elle est convenablement remplie et accompagnée de la photocopie de la pièce d'identité du parent signataire (ou tuteur légal).

(1) Veuillez rayer les mentions inutiles