

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 Service santé prévention et risques de la mairie d'Hyères à
vacciner mon enfant :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

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).

Elle peut être remise en main propre à l'accueil du service santé prévention
et risques ou envoyé par mail au service.hygiene@mairie-hyeres.com

(1) Veuillez rayer les mentions inutiles

*** Pour le vaccin HPV la signature des deux parents est obligatoire**