



**AUTORISATION PARENTALE DANS LE CADRE DE LA
VACCINATION CONTRE LA COVID-19**

Je soussigné(e),

Parent 1 : _____

Parent 2 (*facultatif*) : _____

Numéro de sécurité sociale de l'enfant ou du parent / responsable légal de rattachement¹ :

certifiant agir en qualité de parent exerçant l'autorité parentale / tuteur légal²

autorise le centre de vaccination de _____

- à vacciner mon enfant contre la Covid-19³ : Oui Non
- à effectuer un test rapide d'orientation diagnostique sérologique : Oui Non

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Fait à _____

Le _____

Signature(s) parent(s)

¹ Le même numéro de sécurité sociale doit être utilisé pour les deux injections.

² Veuillez rayer les mentions inutiles

³ Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, la vaccination contre la Covid-19 peut être pratiquée, à sa demande, sur le mineur de plus de seize ans.

QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif au cours des trois derniers mois ? Oui Non

Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ? Oui Non

Avez-vous reçu un vaccin au cours des dernières trois semaines ? Oui Non
Si oui lequel :

Avez-vous des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité à certaines substances ou avec d'autres vaccins ? Oui Non

Présentez-vous des troubles de la coagulation (en particulier une baisse des plaquettes ou traitement anticoagulant) ? Oui Non

Avez-vous fait un syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) à la suite d'une infection par le SARS-Cov-2 ou d'une première injection ? Oui Non

Etes-vous enceinte ? Oui Non

Allaitez-vous ? Oui Non

Numéro de sécurité sociale⁴ :

Réservé au médecin

Date :/...../.....

Signature du médecin :

⁴ Le même numéro de sécurité sociale doit être utilisé pour les deux injections.