



VILLE DE NICE
www.nice.fr

Nice, le

Direction de la Santé
Service Vaccinations

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise le Centre de Vaccination de la ville de Nice à vacciner mon enfant,

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance ____ / ____ / ____

Le ou les vaccin(s) ci-dessous : (à cocher)

- ☐ D.T.C.P
- ☐ Méningites
- ☐ HEPATITE B
- ☐ R.O.R
- ☐ Papillomavirus
- ☐ Tous les vaccins nécessaires
- ☐ Autres

Accompagné de l'adulte suivant :

Nom et prénom _____

- ☐ Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant.
- ☐ Je déclare sur l'honneur que le second responsable légal de l'enfant :
Monsieur, Madame _____ est matériellement
empêché de signer le présent formulaire mais a donné son autorisation pour la
vaccination.

Signature des parents