



MAIRIE DU 6eme/ CPTS PARIS 6
Vaccination collégien

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e),

Parent 1 :

Parent 2 :

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

autorise le Centre de vaccination de la Mairie du 6eme/ CPTS Paris 6 et son équipe mobile de vaccination

- à vacciner mon enfant contre la Covid-19 Oui Non

- à effectuer un test rapide d'orientation diagnostique sérologique (TROD) ³ Oui Non

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Classe : _____

Numéro de sécurité sociale du parent de rattachement: _____

Numéro de sécurité sociale de l'enfant : _____

Fait à _____

Le _____

Signature(s):

Parent 1

Parent 2

PS 1 : Si possible joindre une photocopie de la carte d'identité du parent 1 et /ou 2

PS 2 : Si votre enfant a déjà eu la COVID, joindre un résultat de test PCR ou de sérologie