

**AUTORISATION D'INTERVENTION SUR UN MINEUR**  
**AUTORISATION DES DEUX TITULAIRES DE L'AUTORITE PARENTALE**

Je soussigné(e)

NOM, Prénom \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de père, mère, tuteur, représentant légal (*raier les mentions inutiles*)

Je soussigné(e)

NOM, Prénom \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de père, mère, tuteur, représentant légal (*raier les mentions inutiles*)

Autorise(nt) que soit pratiquée la vaccination contre l'infection à COVID 19 à l'enfant :

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Les signataires ont été informés des risques éventuels liés aux actes pratiqués.

Fait à Fécamp,

Le :

Le :

Signature :

Signature :