

**AUTORISATION POUR LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19 D'UNE  
PERSONNE MINEURE**

**CENTRE DE VACCINATION**

**À remplir par le représentant légal de la personne mineure à vacciner**

Je soussigné(e), (NOM, Prénom) \_\_\_\_\_ responsable légal  
de la personne mineure (NOM, Prénom) \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Tel portable \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**consens que soit réalisée sur le mineur désigné la vaccination contre la Covid-19.**

**Fait à Monaco, le \_\_\_\_\_**

**Signature du représentant légal :**

*Nos données à caractère personnel seront exploitées conformément à la loi n° 1.165 du 23 décembre 1993 relative à la protection des informations nominatives, modifiée, et, le cas échéant, à la décision ministérielle du 20 mai 2020 relative à la mise en œuvre d'un traitement d'informations nominatives destiné à permettre le suivi de la situation épidémiologique, prise en application de l'article 65 de l'Ordonnance Souveraine n° 6.387 du 9 mai 2017 relative à la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (2005) en vue de lutter contre la propagation internationale des maladies.*