

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

CENTRE DE VACCINATION

A remplir par le représentant légal de la personne mineure à vacciner

Je soussigné(e), (NOM, prénom) _____

responsable légal de la personne mineure (NOM, prénom) _____

née le _____ **à** _____

Tél. portable _____ **Email** _____

consens que soit réalisée sur la personne mineure désignée la vaccination contre la COVID-19.

Je certifie être l'unique représentant légal de la personne mineure désignée (*case à cocher si vous êtes l'unique titulaire de l'autorité parentale sur cette personne*)

Fait à _____ **, 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, modifiée