

**Autorisation parentale dans le cadre d'une vaccination
d'un enfant mineur (< 18 ans)
A remplir par le parent ou tuteur légal et à remettre le jour
de l'évaluation médicale**

Je soussigné(e).....

Domicilié N°.....boite.....

Code postal.....Localité.....

Exerçant l'autorité parentale en tant que Père /Mère / Tuteur / Tutrice (barrer les mentions inutiles)

Autorise par la présente que Cohézio réalise pour le mineur désigné ci-dessous toutes les vaccinations obligatoires en vue des stages pour lesquels il est vu en consultation :

Nom :.....

Prénom :

Date de naissance :.....

Afin de permettre une bonne connaissance du statut vaccinal actuel de mon enfant, je complète le tableau ci-dessous.

	Tétanos	Hépatite A seul	Hépatite B seul	Hépatite A et B	RRO (Rougeole/ Rubéole/Oreillons)
Injection 1	/				
Injection 2	/				
Injection 3	/	/			/
Rappel		/			/
Résultats Immunité hépatite B (prise de sang) *	/	/	Ac anti HBS : lu/L (+ copie de la prise de sang)	Ac anti HBS:lu/L (+ copie de la prise de sang)	/

* Indispensable notamment pour tout stage ou poste de travail dans le milieu des soins de santé ou de l'aide à domicile ou encore de l'aide à l'enfance

Date :

Signature :