

**AUTORISATION POUR LES MINEURS
NON ACCOMPAGNÉS DE LEURS PARENTS ou DE LEUR TUTEUR LÉGAL**

Je soussigné(e), Monsieur, Madame : _____

en qualité de père / mère / tuteur légal (1)

autorise la Médecine des voyages - Centre de vaccinations internationales et conseils aux voyageurs
du Centre Hospitalier de Dax-Côte d'Argent à vacciner mon enfant :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

contre la Fièvre Jaune ou à faire les vaccins nécessaires pour se rendre en / au : _____

Fait à _____ Le _____

Signature du parent ou du tuteur légal

Cette autorisation n'est valable que si elle est convenablement remplie et accompagnée de la photocopie
de la pièce d'identité du parent signataire (ou tuteur légal).

Elle peut être remise en main propre au secrétariat du Centre des vaccinations internationales de

(1) Veuillez rayer les mentions inutiles