

**AUTORISATION PARENTALE DANS LE CADRE DE LA VACCINATION
SCOLAIRE CONTRE LA COVID-19**
Centre de vaccination départemental de Jouy le Moutier

Je soussigné(e)

Parent 1 : _____

Parent 2 (facultatif) : _____

certifiant agir en qualité de parent exerçant l'autorité parentale / tuteur légal¹:

Nom de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance de l'enfant : _____

- J'autorise le centre de vaccination des **SAPEURS-POMPIERS DU VAL D'OISE** situé à **JOUY LE MOUTIER** à vacciner mon enfant contre la COVID-19

Oui¹ Non¹

- Je donne délégation à l'établissement scolaire _____ à accompagner mon enfant pour sa vaccination COVID-19

Oui¹ Non¹

Un Test Rapide d'Orientation Diagnostique sur prélèvement sanguin (TROD sérologique pour détecter un antécédant de COVID) pourra être prescrit par le médecin. En cas de positivité, une seule injection sera nécessaire et le cycle vaccinal sera clos.

- J'autorise le centre de vaccination à pratiquer un TROD sérologique

Oui¹ Non¹

Fait à _____ le _____

Signature du ou des parents :

¹Veillez rayer la mention inutile