

Promotion de la santé en faveur des élèves

## AUTORISATION / REFUS DE VACCINATION

Etablissement scolaire : Ecole..... Commune : .....

### **AUTORISATION PARENTALE POUR LES PERSONNES MINEURES OU SOUS TUTELLE :**

Je soussigné Monsieur, Madame..... Père  Mère  Tuteur

- déclare avoir reçu l'information de l'ARS sur la vaccination \*
- autorise \*
- autorise en ma présence \*
- n'autorise pas \*

Mon fils, ma fille, l'enfant :

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le .....

n° de sécurité sociale : .....

Classe.....

Commune de résidence : .....

à recevoir **la vaccination contre le méningocoque B** et l'administration de **Paracétamol** en préventif.

Date :

Signature des personnes exerçant  
l'autorité parentale précédée de la mention  
« lu et approuvé »

**IMPORTANT : Le carnet de santé (de vaccination) devra être apporté le jour de la vaccination**