

**AUTORISATION POUR LES MINEURS  
NON ACCOMPAGNES DE LEURS PARENTS ou  
DE LEUR TUTEUR LEGAL**

**Je soussigné(e), Monsieur, Madame :** \_\_\_\_\_

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

**autorise mon enfant à pouvoir se faire vacciner à l'officine par un  
Pharmacien (ou un préparateur) ayant validé sa formation à l'acte  
vaccinale :**

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Prénom :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_

**Fait à** \_\_\_\_\_ **Le** \_\_\_\_\_

**Signature du parent ou du tuteur légal :**

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal :

- Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné.
- Je déclare sur l'honneur que le second responsable légal de l'enfant : Monsieur,  
Madame \_\_\_\_\_, est matériellement empêché de signer le présent  
formulaire mais a donné son autorisation pour les vaccins mentionnés.

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).

*(1) Veuillez rayer les mentions inutiles*