****

**Autorisation parentale**

**dans le cadre de la vaccination au centre de médecine des voyages**

**Je soussigné(e),**

**Représentant légal 1 : ……………………………………………………………………………………………………………………**

**Représentant légal 2 : ……………………………………………………………………………………………………………………**

**Certifiant agir en qualité de parent / tuteur légal (1)**

**Autorise le centre de médecine des voyages de l’Institut Pasteur de Lille à vacciner dans les suites de la consultation médicale, selon les recommandations vaccinales en vigueur dans le(s) pays visité(s), mon (mes) enfant(s) :**

**Nom / Prénom / DDN de l’enfant 1 : ………………………………………………………………………………………………………..**

**Nom / Prénom / DDN de l’enfant 2 : ………………………………………………………………………………………………………..**

**Nom / Prénom / DDN de l’enfant 3 : ………………………………………………………………………………………………………..**

**Si un seul parent donne son autorisation écrite, celui-ci doit compléter le formulaire ci-dessous :**

**Je déclare sur l’honneur que Monsieur, Madame (l’autre parent) ………………………………………………., en qualité de parent co-titulaire de l’autorisation parentale, a donné son autorisation à la vaccination de(s) l’enfant(s) ci-dessus désigné(s), dans le cadre d’un voyage à l’étranger.**

**Fait à …………………………**

**Le ……………………………..**

**Signature 1 : Signature 2 :**

1. **Veuillez rayer la mention inutile**