



Centre de Santé et
de Prévention de
Villeurbanne
19 rue Jean Bourgey
69100 Villeurbanne
Tél. 04.78.68.39.60

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) (Nom, Prénom et lien de parenté).....

.....

Autorise mon enfant.....

Né le.....

A se faire vacciner ce jour par le médecin vaccinateur du Centre de Santé et de
Prévention.

Fait à

Le.....

Signature :

Docteur Anne- Sophie RONNAUX- BARON
Responsable Santé et Prévention
CDHS - CLAT 69

Document édité le 18/07/2013