

AUTORISATION A LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Je soussigné(e),

Parent 1 :

Parent 2 (*facultatif*) :

certifiant agir en qualité de parent exerçant l'autorité parentale / tuteur légal ¹ Elève (*uniquement pour les élèves âgés de 16 ans et plus*) :

autorise le Centre de vaccination de :

ou l'équipe mobile de vaccination opérant dans l'établissement

- | | | |
|---|-----|-----|
| - à vacciner mon enfant contre la Covid-19 / à me vacciner ² | OUI | NON |
| - à effectuer un test rapide d'orientation diagnostique sérologique (TROD) ³ | OUI | NON |

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Etablissement :

Classe

Fait à

Le

Signature(s)

¹ Veuillez rayer les mentions inutiles

² Par dérogation à l'art. 371-1 du code civil, la vaccination contre la Covid-19 peut être pratiquée à sa demande sur le mineur de 16 ans et plus. ³ Un test rapide d'orientation diagnostique sérologique (TROD) pourra être proposé. Ce test, réalisé à partir d'une goutte de sang prélevée au bout du doigt, permet de déterminer si l'élève a déjà été infecté par la Covid-19. Si le test est positif, l'élève n'aura besoin que d'une seule injection pour compléter son schéma vaccinal.