

Je soussigné(e) M<sup>me</sup>, M., M<sup>lle</sup>, .....

né(e) le : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|

↓ déclare être venu(e) de mon plein gré à la séance de vaccination publique organisée au centre vaccinal de la ville de Villeurbanne, pour recevoir le ou les vaccins suivants :

.....  
.....

↓ autorise mon enfant : .....

né(e) le : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|

à recevoir ce jour EN DEHORS DE MA PRESENCE, au centre de vaccination de la ville de Villeurbanne, le ou les vaccins suivants :

.....  
.....

◆ Je certifie avoir pris connaissance des effets secondaires éventuels des vaccinations réalisées : douleur, rougeur au point d'injection, fièvre dans les 24h à 48h après la vaccination.

Villeurbanne, le |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|

Signature