

**DÉPARTEMENT DES FINANCES
ET DE LA SANTÉ**

SERVICE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
LE MÉDECIN CANTONAL

A l'intention du Centre Médical de la Côte

**Formulaire d'autorisation parentale pour la vaccination contre la Covid-19 des
enfants âgés de 5 à 11 ans**

Je soussigné

Parent 1 (nom, prénom):

Parent 2 (nom, prénom):

certifiant agir en qualité de parent exerçant l'autorité parentale/représentant légal
autorise la vaccination de mon enfant contre la Covid-19

Nom, prénom de l'enfant: _____

Date de naissance de l'enfant : _____

*A compléter si un seul des deux parents exerçant l'autorité parentale est présent au
moment de la vaccination¹ :*

Je déclare sur l'honneur que Monsieur/Madame
en qualité de parent co-titulaire de l'autorité parentale a donné son accord à la vaccination
contre la Covid-19 de l'enfant désigné ci-dessus.

Lieu : _____

Date : _____

Signature(s) parent(s)

¹ La vaccination des mineurs âgés de 5 à 11 ans nécessite l'accord des deux titulaires de l'autorité parentale selon recommandation de l'OFSP. Ainsi en présence d'un seul parent au moment de la vaccination, ce dernier s'engage sur l'honneur à ce que le parent co-titulaire de l'autorité parentale ait donné son autorisation. Il est rendu attentif au fait que toute déclaration ou information qui s'avérerait ultérieurement erronée engage sa seule responsabilité.