

**DÉPARTEMENT DES FINANCES
ET DE LA SANTÉ**

SERVICE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
LE MÉDECIN CANTONAL

**Déclaration de consentement pour la vaccination Covid-19
pour les enfants de 12 à 15 ans**

Coordonnées de l'enfant à vacciner :

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____

Coordonnées du représentant légal :

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____

En tant que représentant légal de l'enfant susmentionné, je donne mon consentement
pour sa vaccination contre la Covid-19

Lieu : _____

Date : _____

Signature du représentant légal : _____

À imprimer, compléter et présenter lors de la vaccination de l'enfant.