



Service Communal de Santé Publique
Département Vaccinations
Caserne Saint-Jacques
34543 BEZIERS Cédex
Tél : 04-67-36-81-00
Fax : 04-67-36-81-19

**AUTORISATION POUR MINEURS NON ACCOMPAGNÉS
DE LEURS PARENTS ou DE LEUR TUTEUR LEGAL**

Je soussigné(e)

Mère, Père, Tuteur Légal (rayer les mentions inutiles), autorise le Centre de Vaccinations du Service Communal de Santé Publique de la Ville de Béziers à vacciner mon enfant :

Nom.....

Prénom..... **Date de Naissance**...../...../.....

et ce conformément aux recommandations du calendrier vaccinal en vigueur.

Fait à le.....

Signature du parent ou tuteur légal

Attention : pour être recevable, cette autorisation doit être convenablement remplie et impérativement accompagnée de la photocopie des pièces d'identité de la personne signataire et de l'enfant, à défaut du livret de famille ou d'un extrait d'acte de naissance. Elle est à remettre en main propre ou envoyer soit par fax au 04 67 36 81 19 soit par mail à l'adresse sante.publicque@ville-beziers.fr