

AUTORISATION PARENTALE POUR LA VACCINATION MENINGOCOQUE B
dans le cadre de la campagne de vaccination sur Rennes Métropole – 2025
(Information sur les vaccins au verso de cette page)

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance de l'enfant : ____ / ____ / ____ Sexe : F G

Mon enfant habite sur le territoire de Rennes Métropole : Oui Non

Mon enfant est scolarisé, étudie, travaille sur le territoire de Rennes Métropole : Oui Non

Code postal de résidence :

Commune de résidence : _____

Etablissement scolaire ou Employeur ou ... : _____

	Parent / Responsable légal 1	Parent / Responsable légal 2
Nom – Prénom		
Téléphone portable		
Numéro de sécurité sociale¹	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Régime de sécurité sociale	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre : _____
Ces informations figurent sur l'attestation de droits de l'enfant ou du/des parent(s) auquel(s) il est rattaché. Celle-ci est disponible sur le compte Ameli : https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits .		

Je soussigné(e), _____

autorise mon enfant ci-dessus désigné à recevoir les deux doses de la vaccination recommandée contre la méningite à méningocoque B.

Date : ____ / ____ / 20__

Signature Parent/Responsable légal 1 :

Signature Parent/Responsable légal 2 :

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal² :

Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné.

Je déclare sur l'honneur que le second responsable légal de l'enfant : Monsieur, Madame _____, est matériellement empêché de signer le présent formulaire mais a donné son autorisation pour les vaccins cochés ci-dessus.

Date : ____ / ____ / ____

Signature du seul parent/responsable légal 1 :

[VOIR PAGE SUIVANTE](#)

¹ Le cas échéant, indiquer le numéro Aide médicale de l'Etat (numéro de sécurité sociale temporaire).

² La vaccination des mineurs nécessite l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale. Ainsi, en cas de signature d'un seul parent pour cause d'impossibilité matérielle de signer pour l'autre parent, le signataire s'engage sur l'honneur à ce que la personne co-titulaire de l'autorité parentale ait donné son autorisation. Toute déclaration ou information qui s'avérerait inexacte ou falsifiée, engage sa seule responsabilité et pourra être punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende (article 441-7 du code pénal).

INFORMATIONS SUR LES VACCINS

Vous trouverez plus d'information sur le vaccin sur le site de VACCINATION INFO SERVICE.FR : [Accueil | Vaccination Info Service](#) ou en scannant le QR code ci-dessous



MENTIONS D'INFORMATION INFORMATIQUE ET LIBERTE

La présente campagne de vaccination implique la mise en œuvre de traitements de données à caractère personnel.

Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et exercer vos droits, [consultez l'onglet dédié sur la page internet de l'ARS Bretagne.](#)