

AUTORISATION DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE

Je soussigné(e) :

Représentant légal de ……………………………….

Né(e) le :

Accompagné(e) au sein de la MAS Michel CHAPUIS

 Autorise la vaccination contre la GRIPPE de mon/ma proche et souhaite que le vaccin soit fait à la MAS

xsX

 N’autorise pas la vaccination contre la GRIPPE de mon proche.

X sX

Fait à :

Le :

Signature(s) :