



COVID-19 : **Campagne de vaccination**
Autorisation parentale pour élèves mineurs

DISCLAIMER : Dans le cadre de la campagne de vaccination dans les lycées, l'établissement recueille et traite les données de l'élève pour lequel un consentement a été remis. Une fois la campagne de vaccination clôturée, l'établissement scolaire détruira les données récoltées dans ce contexte.

Je soussigné(e) _____

certifiant agir en qualité de représentant(e) légal(e) de mon enfant

Prénom : _____

Nom : _____

Matricule : _____

consent que mon enfant susmentionné, **âgé de 12 ans ou plus**, se fasse vacciner contre la COVID-19.

En cas d'urgence, je suis joignable au numéro de téléphone : _____

Les informations suivantes sont demandées à titre indicatif. Elles sont importantes pour suivre l'efficacité de la vaccination pour certaines catégories de personnes.

Poids de l'enfant : _____ kg

Taille de l'enfant : _____ cm

Mon enfant a été testé positif à la COVID-19 depuis le début de la pandémie

Date approximative : mois _____ année _____

Si votre enfant est concerné par l'un des points suivants, veuillez contacter votre médecin traitant

- Réaction grave après un vaccin
- Cancer, leucémie, infection au VIH / sida ou diminution importante des défenses immunitaires
- Autre maladie chronique du système immunitaire (polyarthrite rhumatoïde, maladie de Crohn, psoriasis, autre maladie auto-immunitaire)
- Traitement par des médicaments pour fluidifier le sang (anticoagulants autres que l'aspirine) ou maladie entraînant des saignements importants
- Femme enceinte; date prévue de l'accouchement (mois et année) _____
- Femme allaitante

Fait à _____, le _____

Signature : _____

Pour toute information complémentaire, veuillez consulter le site covid19.men.lu.



COVID-19 : **Campagne de vaccination**
Consentement pour élèves majeurs

DISCLAIMER : Dans le cadre de la campagne de vaccination dans les lycées, l'établissement recueille et traite les données de l'élève pour lequel un consentement a été remis. Une fois la campagne de vaccination clôturée, l'établissement scolaire détruira les données récoltées dans ce contexte.

Je soussigné(e)

Prénom : _____

Nom : _____

Matricule : _____

consent à me faire vacciner contre la COVID-19.

En cas d'urgence, veuillez contacter _____

au numéro de téléphone : _____

Les informations suivantes sont demandées à titre indicatif. Elles sont importantes pour suivre l'efficacité de la vaccination pour certaines catégories de personnes.

Poids : _____ kg

Taille : _____ cm

J'ai été testé(e) positif(ve) à la COVID-19 depuis le début de la pandémie

Date approximative : mois _____ année _____

Si vous êtes concerné par l'un des points suivants, veuillez contacter votre médecin traitant

- Réaction grave après un vaccin
- Cancer, leucémie, infection au VIH / sida ou diminution importante des défenses immunitaires
- Autre maladie chronique du système immunitaire (polyarthrite rhumatoïde, maladie de Crohn, psoriasis, autre maladie auto-immunitaire)
- Traitement par des médicaments pour fluidifier le sang (anticoagulants autres que l'aspirine) ou maladie entraînant des saignements importants
- Femme enceinte; date prévue de l'accouchement (mois et année) _____
- Femme allaitante

Fait à _____, le _____

Signature représentant(e) légal(e) : _____

Pour toute information complémentaire, veuillez consulter le site covid19.men.lu.