

VACCINATION CONTRE LA COVID-19 POUR LES ENFANTS DE 5 à 13 ans

መኖራዊና ሲታይንግ COVID-19 ህጻናት ለመገደብ ለሚያስፈልጉት
የህጻናት ለገዢ/የህጻናት ለገዢ ለ 5-ወር (የሪሮስ) 13-ወር
(የደረሰ ለህጻናት ለገዢ) ለመሙላት

SECTION A – IDENTIFICATION DEL'ENFANT | የህጻናት ስም ለመሙላት

NOM | የሰጠው ስም: _____ PRÉNOM | የሰጠው ስም: _____
DATE DE NAISSANCE | ልደት ቀን: ____/____/____ GENDER | ልግ/እናት: M | ልግ F | ልጅ
NAMES OF PARENTS OR GUARDIAN | ልግ/እናት ስም: _____ TUTEUR | ህጻናት ለገዢ ስም: _____
MÈRE | ልጅ ስም: _____ PÈRE | ልጅ ስም: _____

SECTION B – ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET VACCINAUX DEL'ENFANT | የህጻናት ሕክምና ታሪክ

1. Est-ce que l'une des situations suivantes s'applique à votre enfant? OUI | ሰር NON | ስር NE SAIS PAS | ማይ
የህጻናት ለገዢ ስም: _____

- Il/elle a déjà eu la COVID-19 | የህጻናት ለገዢ ስም: _____
- Il/elle a présentement des symptômes de la COVID-19 | ለህጻናት ለገዢ ስም: _____
- Vous avez remarqué un changement récent dans son état de santé | ለህጻናት ለገዢ ስም: _____
- Il/elle a des problèmes de santé qui nécessitent des suivis médicaux ou une prise de médication régulière | ለህጻናት ለገዢ ስም: _____

Si oui, expliquer | ለህጻናት ለገዢ ስም: _____

2. Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction allergique après avoir reçu un vaccin ou un autre produit? OUI | ሰር NON | ስር NE SAIS PAS | ማይ
ለህጻናት ለገዢ ስም: _____

ለህጻናት ለገዢ ስም: _____

Si oui, expliquer | ለህጻናት ለገዢ ስም: _____

3. Votre enfant a-t-il des problèmes avec son système immunitaire en raison d'une maladie (ex. leucémie) ou d'un médicament (ex. chimiothérapie)? OUI | ሰር NON | ስር NE SAIS PAS | ማይ
ለህጻናት ለገዢ ስም: _____

ለህጻናት ለገዢ ስም: _____

4. Votre enfant a-t-il des troubles de la coagulation qui nécessitent un suivi médical ou une médication? OUI | ሰር NON | ስር NE SAIS PAS | ማይ
ለህጻናት ለገዢ ስም: _____

ለህጻናት ለገዢ ስም: _____

5. Est-ce que l'une des situations suivantes s'applique à votre enfant? OUI | ሰር NON | ስር NE SAIS PAS | ማይ
ለህጻናት ለገዢ ስም: _____

- Il/elle a reçu un vaccin dans les 14 derniers jours | ለህጻናት ለገዢ ስም: _____

