



# Vaccination des enfants de moins de 14 ans

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'USAGE DES PARENTS/TUTEURS



ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ  
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

### SECTION A - IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : AAAA / MM / DD

GENRE :  M  F

#### NOM DES PARENTS OU DU TUTEUR

MÈRE : \_\_\_\_\_

PÈRE : \_\_\_\_\_

TUTEUR : \_\_\_\_\_

### SECTION B - ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET VACCINAUX DE L'ENFANT

1. Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction allergique grave qui a nécessité des soins médicaux d'urgence ?

OUI  NON  NE SAIS PAS

2. 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  NON  NE SAIS PAS

3. Notez-vous un changement dans l'état de santé de votre enfant ?

OUI  NON  NE SAIS PAS

Si OUI, expliquez : \_\_\_\_\_

4. Votre enfant a-t-il déjà fait la varicelle, alors qu'il ou elle était âgé de plus d'un an ?

OUI  NON  NE SAIS PAS

Si OUI, inscrire l'âge approximatif de votre enfant lors de sa varicelle : \_\_\_\_\_

### SECTION C - CONSENTEMENTS

Comme parent ou tuteur d'un enfant de moins de 14 ans, vous devez prendre les décisions relatives à la vaccination de cet enfant et à la transmission des renseignements personnels qui le concernent.

Les explications vous permettant de prendre une décision éclairée vous sont fournies avec ce formulaire. Pour toute explication additionnelle sur les programmes de vaccination, veuillez communiquer avec votre CLSC ou l'infirmière de l'école.

#### Acceptez-vous ou refusez-vous que votre enfant reçoive?

1. Vaccin contre : \_\_\_\_\_ Nom du vaccin : \_\_\_\_\_  J'accepte  Je refuse

2. Vaccin contre : \_\_\_\_\_ Nom du vaccin : \_\_\_\_\_  J'accepte  Je refuse

3. Vaccin contre : \_\_\_\_\_ Nom du vaccin : \_\_\_\_\_  J'accepte  Je refuse

4. Vaccin contre : \_\_\_\_\_ Nom du vaccin : \_\_\_\_\_  J'accepte  Je refuse

\_\_\_\_\_  
Signature de la mère, du père ou du tuteur

DATE : AAAA / MM / DD

\_\_\_\_\_  
Lien parental (mère, père ou tuteur)

**RETOURNEZ CE FORMULAIRE SIGNÉ, QUE VOUS ACCEPTIEZ OU NON LA VACCINATION**

Prévention  
et contrôle  
des maladies  
infectieuses



Prevention  
& Control  
of Infectious  
Diseases

