CTU-0245

VACCINATION SCOLAIRE 4E ANNÉE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'USAGE DES PARENTS / TUTEUR

SECTION A – IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance (aaaa/mm/jj) : _____ 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 -	**Votre enfant a-t-il déjà fait la varicelle, alors qu'il ou elle était âgé de plus de 1 an ?**	❒ OUI	❒ NON	❒ NE SAIS PAS

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

SECTION C - CONSENTEMENTS

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

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 dans la brochure qui est jointe à ce formulaire. Pour toute information additionnelle sur ces programmes de vaccination, veuillez communiquer avec votre CLSC ou l'infirmière de l'école.

Acceptez-vous les vaccins suivants recommandés selon le statut vaccinal actuel de votre enfant ?

1.	Vaccin contre : **HÉPATITE A**	❒ J'ACCEPTE	❒ JE REFUSE
2.	Vaccin contre : **VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN (VPH)**	❒ J'ACCEPTE	❒ JE REFUSE
3.	Vaccin contre : _____	❒ J'ACCEPTE	❒ JE REFUSE
4.	Vaccin contre : _____	❒ J'ACCEPTE	❒ JE REFUSE

_____ _____

Signature de la mère, du père ou du tuteur Date (aaaa/mm/jj)

_____

Lien parental (mère, père ou tuteur)

CTU-0245

Nom, prénom : _____

Dossier : _____

ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᒻᒥ ᓴᐗᓗᑕᑖᕐᓂᒧᑦ ᑲᐳᕐᑕᐅᓂᖅ ᓯᑕᒪᓂᒃ ᐳᒃᑭᓂᓕᓐᓄᑦ

ᐊᖏᕈᑎᒃ ᑕᑕᕐᓴᒐᑦᓴᔭᖅ - ᐊᖓᔪᕐᕖᕆᔭᐅᔪᓄᑦ/ᑲᒪᔨᒋᔭᐅᔪᓄᑦ

ᐊᕕᑦᑐᓯᒪᓂᖅ ᐊ – ᐱᐊᕋᐅᑉ ᓇᓗᓐᒃᑯᑕᖓ

ᐊᑎᕈᓯᖓ: _____ ᐊᑎᖓ: _____

ᐃᓅᓕᕐᕕᖓᑕ ᐅᓪᓗᖓ (yyyy/mm/dd) : _____ ᓇᓪᓕᐊᒍᓂᖓ: ❒ ᐊᖑᑎᒃ ❒ ᐊᕐᓇᖅ

ᐊᑎᖏᑦ ᐊᖓᔪᕐᕖᕆᔭᐅᔪᑦ ᐅᕝᕙᓘᓐᓃᑦ ᑲᒪᔨᖏᑦ

ᐊᓈᓇᒃ: _____ ᐊᑖᑕᒃ: _____

ᑲᒪᔨᒃ: _____

ᐊᕕᑦᑐᓯᒪᓂᖅ ᐸ – ᐱᐊᕋᐅᑉ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑕᐅᒍᑎᒋᓯᒪᔭᖏ ᑲᐳᕐᑕᐅᓯᒪᐅᑎᖏᓪᓗ

1 - ᕿᑐᕐᖓᑦ ᑲᐳᕐᑕᕕᓂᐅᑦᓱᓂ ᓱᒃᑯᓚᕿᓚᐅᕐᓯᒪᕙ ᓱᒐᕐᑐᒥᒃ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᓄᑦ ᐅᐃᒪᓇᕐᓯᓚᕿᑦᓱᓂ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑕᐅᒋᐊᖃᓚᕿᓱᓂ? ❒ ᐋ YES ❒ ᐊᐅᑲ NO ❒ ᖃᐅᔨᒪᖕᖏᑐᖓ I DON'T KNOW

2 - ᐱᐊᓄᑦ ᐋᓐᓂᐊᓂᒃ ᑎᒥᖓ ᐹᒍᑎᒥᒃᓴᐗᓗᒐᕈᑦᓯᒪᕙ ᐋᓐᓂᐊᖃᕐᓂᒥᓄᑦ (ᐅᑦᑑᑎᒋᑦᓱᒍ ᐊᐅᒥᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᖅ) ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᑎᒍᓪᓗᓐᑦ (ᐅᑦᑑᑎᒋᑦᓱᒍ ᐆᑎᑎᕐᑕᐅᓂᒃᑯᑦ)? ❒ ᐋ YES ❒ ᐊᐅᑲ NO ❒ ᖃᐅᔨᒪᖕᖏᑐᖓ I DON'T KNOW

3 - ᕿᑐᕐᖓᑦ ᐊᐅᐸᓪᓕᓚᐅᕐᓯᒪᕙ ᐅᑭᐅᖃᕐᓱᓂ ᐊᑕᐅᓯᐅᑉ ᐅᖓᑖᖓᓂ? ❒ ᐋ YES ❒ ᐊᐅᑲ NO ❒ ᖃᐅᔨᒪᖕᖏᑐᖓ I DON'T KNOW

ᔪᕕᓂᐅᑐᐊᕐᐸᑦ, ᓇᓗᓐᕐᓗᒍ ᕿᑐᕐᖓᐱᑦ ᖃᑦᓯᓂ ᐅᑭᐅᖃᕐᓂᕕᓂᖓ ᐊᐅᐸᓗᑦᑕᑳᖃᕐᑐᕕᓂᐅᓚᐅᕐᑎᓗᒍ : _____

ᐊᕕᑦᑐᓯᒪᓂᖅ ᑕ – ᐊᖏᕈᑎᒃ

ᐅᑎᕐᑎᒍᒃ ᑖᓐᓇ ᐊᑎᓕᐅᕐᓯᒪᔪᖅ ᑕᑕᕐᓴᒐᑦᓴᔭᒃ ᐊᖏᕐᓯᒪᒍᕕᑦ ᐊᖏᕐᓯᒪᖕᖏᑯᕕᓪᓗᓐᑦ ᓴᐗᓗᑦᑖᓂᕐᒧᑦ ᑲᐳᕐᑕᐅᓂᕐᒧᑦ

ᐊᖓᔪᕐᕖᕆᔭᐅᑦᓱᓂ ᑲᒪᔨᒋᔭᐅᑦᓱᓂᓪᓗᓐᑦ ᐅᑭᐅᓕᒻᒧᑦ 14 ᐊᑖᓂ, ᐃᑉᐱᒋᔭᑦᓴᔭᖃᕐᕐᑯᑎᑦ ᑐᑭᑖᕐᓂᓄᑦ ᐱᔾᔪᑎᒋᓗᒍ ᓴᐗᓗᑦᑖᓂᕐᒧᑦ ᑲᐳᕐᑕᐅᓂᕐᒧᑦ ᑖᑦᓯᒧᖓ ᐱᐊᕋᕐᒧᑦ ᐊᒻᒪᓗᒋᐊᓪᓚᒃ ᐁᑦᑑᑎᖃᕐᓂᒥᒃ ᓇᒻᒥᓂᕐᓄᐊᖓᔪᓂᒃ ᑐᓴᕐᕋᑦᓴᓂᒃ ᑖᒃᑯᓄᖕᖓᓕᖓᔪᓂᒃ

ᑐᑭᓯᑎᑦᓯᒍᑏᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᔭᕐᑐᑦ ᐃᓕᓐᓂᒃ ᓈᒻᒪᓈᑦᓯᐊᑐᒥᒃ ᑐᑭᑖᕋᓱᐊᕐᓂᒧᑦ ᐱᑕᖃᕐᑎᑕᐅᕗᑦ ᕿᒥᕐᕈᐊᑲᓪᓚᒥ ᐃᓚᕐᕐᑯᐊᖑᔪᒥ ᑖᑦᓯᒧᖓ ᑕᑕᕐᓴᒐᑦᓴᔭᒥ. ᐊᓯᒋᐊᓪᓚᖏᓐᓂᒃ ᑐᑭᓯᒋᐊᓪᓚᒍᒪᕕᑦ ᓴᐗᓗᑦᑖᓂᕐᒧᑦ ᑲᐳᕐᑕᐅᓂᕐᒨᓕᖓᔪᓂᒃ, ᖃᐅᔨᒋᐊᕐᕕᖃᕆᑦ ᓄᓇᓕᐅᑉ ᐋᓐᓂᐊᕕᖓᓄᑦ ᐅᕝᕙᓘᓐᓃᑦ ᐅᖃᕕᖃᕐᓗᑎᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᐅᑉ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑎᖓᓄᑦ.

ᐊᖏᕐᐲᑦ ᐅᑯᓂᖓ ᑲᐱᔭᐅᒍᑎᐅᕐᑯᔭᐅᔪᓂᒃ ᕿᑐᕐᖓᐱᑦ ᑲᐱᔭᐅᓯᒪᐅᑎᒋᓕᕐᑕᖏᑦ ᒪᓕᑦᓯᒋᑦ?

1.	ᑲᐳᑎ ᓴᐗᓗᑕᖃᓂᓗᑦ : ᖃᓂᒻᒪᓴᖅ - HEPATITIS A	❒ ᐊᖏᕐᐳᖓ - I ACCEPT	❒ ᐊᐅᑳᕐᑯᖓ - I REFUSE
2.	ᑲᐳᑎ ᓴᐗᓗᑕᖃᓂᓗᑦ : ᓴᐗᓗᑕᖓᑕ ᐃᒪᑦᓴᔭᖓ HUMAN PAPILLOMAVIRUS (HPV)	❒ ᐊᖏᕐᐳᖓ - I ACCEPT	❒ ᐊᐅᑳᕐᑯᖓ - I REFUSE
3.	ᑲᐳᑎ ᓴᐗᓗᑕᖃᓂᓗᑦ : _____	❒ ᐊᖏᕐᐳᖓ - I ACCEPT	❒ ᐊᐅᑳᕐᑯᖓ - I REFUSE
4.	ᑲᐳᑎ ᓴᐗᓗᑕᖃᓂᓗᑦ : _____	❒ ᐊᖏᕐᐳᖓ - I ACCEPT	❒ ᐊᐅᑳᕐᑯᖓ - I REFUSE

_____ ᐊᑎᓕᐅᕐᕕᒃ ᐊᓈᓇᖓᑕ ᐋᑖᑕᖓᑕ ᑲᒪᔨᒋᔭᖓᓄᓪᓗᓐᑦ

_____ ᐅᓪᓗᖅ (yyyy/mm/dd)

_____ ᑭᓇᒋᔭᐅᓂᖅ (ᐊᓈᓇᖓ ᐊᑖᑕᖓ ᑲᒪᔨᒋᔭᖓᓄᓪᓗᓐᑦ)