



CTU-0247



VACCINATION SCOLAIRE SECONDAIRE 0

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 ACCEPTEZ OU NON LA VACCINATION

Pour les enfants âgés de moins de 14 ans, le parent ou le tuteur légal devra donner son consentement s'il souhaite que l'enfant reçoive les vaccins proposés.

Les explications vous permettant de prendre une décision éclairée vous sont fournies dans la brochure qui est jointe à ce formulaire. Pour toute explication additionnelle sur les programmes de vaccination, veuillez communiquer avec votre CLSC ou l'infirmière de l'école. Lorsque vous donnez votre consentement, celui-ci s'applique à toute la série vaccinale.

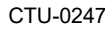
Acceptez-vous les vaccins suivants recommandés selon le statut vaccinal actuel de votre enfant ?

1. Vaccin contre	DIPHTÉRIE ET TÉTANOS *	☐ J'accepte ☐ Je refuse
	* ou DIPHTÉRIE, TÉTANOS ET COQUELUCHE selon la disponibilité des vaccins	
2. Vaccin contre	MÉNINGOCOQUE de sérogroupes A, C, W et Y	☐ J'accepte ☐ Je refuse
3. Vaccin contre	HÉPATITE B – 2ième DOSE	☐ J'accepte ☐ Je refuse
4. Vaccin contre :	_____	☐ J'accepte ☐ Je refuse
5. 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)



Dossier : _____

[illegible]