



CTU-0243

Dossier :

Nom :

Prénom :

DDN :

NAM :

VACCINATION DES ENFANTS DE MATERNELLE (4 À 6 ANS)

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'USAGE DES PARENTS / TUTEUR

SECTION A – IDENTIFICATION DE L'ENFANT

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

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, nous vous invitons à vous adresser à votre centre de santé (CLSC ou hôpital).

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

1. Vaccin contre : DIPHTÉRIE, COQUELUCHE, TÉTANOS ET POLIOMYÉLITE ☐ J'ACCEPTE ☐ JE REFUSE

2. Vaccin contre : _____ ☐ J'ACCEPTE ☐ JE REFUSE

3. 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)

