



CTU-0247

Dossier :

Nom :

Prénom :

DDN :

NAM :

VACCINATION SCOLAIRE SECONDAIRE 0

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 ACCEPTIEZ 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 *
* ou DIPHTÉRIE, TÉTANOS ET COQUELUCHE selon la disponibilité des vaccins | ☐ J'accepte | ☐ Je refuse |
| 2. Vaccin contre | MÉNINGOCOQUE de sérogroupes A, C, W et Y | ☐ J'accepte | ☐ Je refuse |
| 3. Vaccin contre : | _____ | ☐ 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)

