



CTU-0249

VACCINATION DES ENFANTS DE MOINS DE 14 ANS CONSENTEMENT À L'USAGE DES PARENTS / TUTEURS

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

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 suivant(s) recommandés selon le statut vaccinal actuel de votre enfant ?

- | | | |
|--------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Vaccin contre : _____ | ☐ J'accepte | ☐ Je refuse |
| 2. Vaccin contre : _____ | ☐ 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)

Prevention
& Control
of Infectious
Diseases

CTU-0249



ᐃᐱᑦᑐᒻᓴᓂ፤ ᐃ - ᐱᐊᔪᐸᑦ ᐅᐳᓂᑦᑐᐲᐲᐆᓂ

[illegible]

$\Delta_{\text{aa}}^{\text{al}}$: $\Delta_{\text{cc}}^{\text{al}}$:

bLṛʿC Ḍʾšʿ:

[illegible]

1. የጋራ ሥራ ላይ ለሚሳተፉ ሰዎች ምን ዓይነት ጥያቄዎች አሉ?
 ለሥራ ላይ ለሚሳተፉ ሰዎች ምን ዓይነት ጥያቄዎች አሉ?

☐ OUI ☐ NON ☐ NE SAIT PAS

2. ለፋይብሮሲስ በሚያደርግ ለፋይብሮሲስ ምርት (ፋይብሮሲስ leukemia) ለፋይብሮሲስ ምርት (ፋይብሮሲስ chemotherapy)? ☐ ሲ OUI ☐ አልፎ NON ☐ ምንም እውቀትም NE SAIT PAS

3. የጋራ ልሳሳት ለሆኑ ሰዎች ምን ዓይነት ምርመራዎች ይደረጋሉ?
 ልሳሳት ምርመራ? ☐ ሳይሆን ☐ አይደለም ☐ ሳይታወቅ

[illegible]

◀ ᐃᑦᐅᐅᐅᐅᐅᐅ ᑕ - ▶ ᐅᐅᐅᐅᐅ

[illegible][illegible][illegible]

ᐃᓴᓯᓐ ᐅᐃᓂᓴ ᑲᐱᓴᐅᐅᐅᐅᓐᐃᐅᓐᓂᑲ ᓯᐅᓐᓴᐱᓐ ᑲᐱᓴᐅᓯᐅᐅᐅᓯᓐᓐᓐᓯᓐ ᐱᓐᓐᓯᓐ?

1. ኔስብ ነጋሥቱም፡	_____	☐	አብላገሥ J'accepte	☐	አይላገሥም Je refuse
2. ኔስብ ነጋሥቱም፡	_____	☐	አብላገሥ J'accepte	☐	አይላገሥም Je refuse
3. ኔስብ ነጋሥቱም፡	_____	☐	አብላገሥ J'accepte	☐	አይላገሥም Je refuse
4. ኔስብ ነጋሥቱም፡	_____	☐	አብላገሥ J'accepte	☐	አይላገሥም Je refuse

ᐅᓕᓂᐅᐅᐅᐅᐅ (yyyy/mm/dd) :

ᐅᑎᐸᐅᑦᐱᐱᐱ ᐅᑎᐸᐅᑦᐱᐱᐱ ᐅᑎᐸᐅᑦᐱᐱᐱ

የባለቤቱ (ፋብሪካው ልማት ለማረጋገጥ)