



CTU-0247



VACCINATION SCOLAIRE 7^E ANNÉE PRIMAIRE

FORMULAIRE DE 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

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 enfants âgés de plus de 14 ans peuvent consentir eux-mêmes à leur vaccination. En tant que parent ou tuteur légal, vous demeurez cependant une figure importante pour accompagner votre enfant dans sa prise de décision.

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.

DIPHTÉRIE ET TETANOS

Acceptez-vous ou **refusez-vous** que votre enfant reçoive le vaccin (Td adsorbées ou son équivalent) contre ces maladies ? J'ACCEPTÉ JE REFUSE

MÉNIGOCOQUE DE SÉROGROUPE A, C, W et Y

Acceptez-vous ou **refusez-vous** que votre enfant reçoive le vaccin (Nimenrix ou son équivalent) contre cette maladie ? J'ACCEPTÉ JE REFUSE

HÉPATITE B – 2^{ÈME} DOSE

Acceptez-vous ou **refusez-vous** que votre enfant reçoive le vaccin (Engerix-B ou son équivalent) contre cette maladie ? J'ACCEPTÉ JE REFUSE

AUTRE(S) VACCIN(S) RECOMMANDÉ(S) SELON LE STATUT VACCINAL DE VOTRE ENFANT

Vaccin contre : _____ Nom du vaccin : _____ J'ACCEPTÉ JE REFUSE

Signature de la mère, du père ou du tuteur

Date (aaaa/mm/jj)

Lien parental (mère, père ou tuteur)

