



CTU-0245



VACCINATION SCOLAIRE 4^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 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, veuillez communiquer avec votre CLSC ou l'infirmière de l'école.

HÉPATITE A

Acceptez-vous ou **refusez-vous** que votre enfant reçoive le vaccin contre l'hépatite A : J'ACCEPTÉ

VAQTA Jr ou son équivalent ? JE REFUSE

VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN (VPH)

Acceptez-vous ou **refusez-vous** que votre enfant reçoive le vaccin contre les VPH : J'ACCEPTÉ

GARGASIL®9 ou son équivalent ? JE REFUSE

Signature de la mère, du père ou du tuteur

Date (aaaa/mm/jj)

Lien parental (mère, père ou tuteur)

