

1. RENSEIGNEMENT SUR L'ÉLÈVE

Nom de l'élève : (Nom de famille) _____ (Prénom) _____

Identité de genre : M F _____ Date de naissance : (année/mois/jour) _____

N° de carte Santé : _____ Fournisseur de soins : _____

Numéro de téléphone principal : _____ Autre : _____

École : _____ Enseignant(e) : _____

À retourner à l'école d'ici :

2. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE L'ÉLÈVE (cochez les cases pertinentes)

Votre enfant a-t-il des allergies? (aliments, médicaments, levure, latex) Non Oui

Si oui, précisez : _____

Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction à un vaccin? Non Oui

Si oui, précisez : _____

Votre enfant a-t-il un trouble de santé ou prend-il des médicaments régulièrement? Non Oui

Si oui, précisez : _____

3. CONSENTEMENT À LA VACCINATION

Hépatite B	Méningococcie	Virus du papillome humain (VPH-9)
<input type="checkbox"/> Oui - Mon enfant peut recevoir le vaccin contre l'hépatite B. _____ Signature - parent/tuteur _____ Date	<input type="checkbox"/> Oui - Mon enfant peut recevoir le vaccin contre la méningococcie (ACYW-135). _____ Signature - parent/tuteur _____ Date	<input type="checkbox"/> Oui - Mon enfant peut recevoir le vaccin contre le VPH-9. _____ Signature - parent/tuteur _____ Date
<input type="checkbox"/> Non - Je ne consens pas à ce que mon enfant reçoive le vaccin contre l'hépatite B. _____ Signature - parent/tuteur _____ Date	<input type="checkbox"/> Non - Je ne consens pas à ce que mon enfant reçoive le vaccin contre la méningococcie (ACYW-135). _____ Signature - parent/tuteur _____ Date	<input type="checkbox"/> Non - Je ne consens pas à ce que mon enfant reçoive le vaccin contre le VPH-9. _____ Signature - parent/tuteur _____ Date
Mon enfant a déjà reçu le vaccin contre l'hépatite B : <input type="checkbox"/> Hépatite B <input type="checkbox"/> Twinrix Dates : 1. _____ (aaaa/mm/jj) 2. _____ (aaaa/mm/jj) 3. _____ (aaaa/mm/jj)	Mon enfant a déjà reçu le vaccin contre la méningococcie (ACYW-135). Date : _____ (aaaa/mm/jj) *Ce vaccin est obligatoire. Il ne s'agit pas du vaccin administré le jour du premier anniversaire ou après.	Mon enfant a déjà reçu le vaccin contre le VPH. Dates : 1. _____ (aaaa/mm/jj) 2. _____ (aaaa/mm/jj) 3. _____ (aaaa/mm/jj)

À moins qu'elle soit annulée, la présente demande est valide pour la période requise pour administrer la série vaccinale

