



# CONSENTEMENT À LA VACCINATION EN MILIEU SCOLAIRE 6<sup>E</sup> ANNÉE

Section 1 : Renseignements de l'enfant		
Nom de famille	Prénom	Date de naissance AAAA - MM - JJ
École et classe		Numéro de carte d'assurance-santé
Nom de la personne responsable (parent, tuteur, tutrice)		Lien avec l'enfant
Téléphone cellulaire	Autre numéro de téléphone	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> X
<b>Allergies :</b> Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction allergique grave? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>Attention :</b> Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction à la suite d'un vaccin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez.		Votre enfant est-il atteint d'une maladie chronique? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez.

Section 2 : Consentement		
<b>Pour chaque vaccin énuméré ci-dessous, cochez Oui ou Non, signez et indiquez la date. Il est très important de remplir le formulaire et de le retourner à l'école de votre enfant.</b>		
Je comprends les renseignements présentés dans les feuillets d'information sur les vaccins énumérés ci-dessous. Je comprends les avantages de chaque vaccin et les réactions possibles pour chacun d'eux, ainsi que les risques associés au fait de ne pas être vacciné. J'ai eu l'occasion de poser des questions. Je comprends que ce consentement est valide pour les vaccins énumérés ci-dessous, sauf si je le révoque.		
Je comprends que l'infirmière en santé communautaire prendra connaissance du dossier de vaccination de mon enfant et qu'elle n'offrira que les vaccins nécessaires pour assurer une protection complète en conformité avec le calendrier de vaccination du Yukon.		
<b>Virus du papillome humain (VPH)</b>		
Je consens à ce que mon enfant se fasse vacciner. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Signature	Date AAAA - MM - JJ
<b>Rougeole, rubéole et oreillons</b>		
Je consens à ce que mon enfant se fasse vacciner. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Signature	Date AAAA - MM - JJ

RÉSERVÉ À LA SANTÉ PUBLIQUE		
Consentement donné par téléphone par :	Pour : RRO <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non VPH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Signature de l'infirmière
Lien avec l'enfant :		Date: AAAA - MM - JJ