

CONSENTEMENT À LA VACCINATION EN MILIEU SCOLAIRE 9^E ANNÉE

Section 1 : Renseignements de l'enfant							
Nom de famille	Prénom				ate de naissance		
École et classe					uméro de carte d'assurance-santé		
Name de la managementa de anno la					Line and the first		
Nom de la personne responsable (parent, tuteur, tutrice)				Lie	ien avec l'enfant		
Téléphone cellulaire	Autre numéro	autre numéro de téléphone] Garçon □ Fille □ X		
llergies : Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction allergique grave? ☐ Oui					☐ Non		
Attention : Votre enfant a-t-il déjà eu un	Votre enfant est-il atteint d'une maladie chronique?						
suite d'un vaccin? ☐ Oui ☐ Non S	Si oui, précisez	oui, précisez. □ Oui □ Non S			i oui, précisez.		
☐ Le formulaire porte sur la vaccination en milieu scolaire. Si vous préférez que votre enfant se fasse vacciner au centre de santé, cochez la case ET téléphonez au centre de santé pour prendre rendez-vous.							
Section 2 : Consentement							
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.							
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 pour lesquels j'ai donné mon consentement et qui sont nécessaires d'après le calendrier de vaccination du Yukon.							
Diphtérie, coqueluche et tétanos							
Je consens à ce que mon enfant se fass	Signature				Date		
Oui Non	Olgridia				AAAA-MM-JJ		
Méningocoque (vaccin conjugué quadrivalent)							
Je consens à ce que mon enfant se fass ☐ Oui ☐ Non	Signature				Date AAAA-MM-JJ		
Rougeole, rubéole et oreillons							
Je consens à ce que mon enfant se fass ☐ Oui ☐ Non	Signature			Date AAAA-MM-JJ			
Section 3 : Réservée à la Santé publique (consentement par téléphone ou par une personne mineure mature)							
Consentement donné par téléphone par			5 □ Oui	□ Non	Signature de l'infirmière		
Lien avec l'enfant :	RRO	7111 100		□Non	Date: AAAA-MM-JJ		
Consentement d'une personne mineure mature							
Signature de l'élève	Pour : dcaT Men-C-AC	CYW-135	□ Oui □ Oui	□ Non	Signature de l'infirmière		
RRO			☐ Oui	☐ Non	Date: AAAA-MM-JJ		

Les renseignements demandés sont recueillis, utilisés et communiqués conformément à la Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux du Yukon et aux autres lois applicables. Pour connaître la politique de Santé et Affaires sociales en matière de protection des renseignements personnels, consultez le yukon.ca/fr/protection-renseignements-medicaux ou écrivez à l'agent ou à l'agente de protection de la vie privée à healthprivacy@yukon.ca.