

| Section 1 : Renseignements de l'enfant   |   |   |
|--|---|---|
| Nom de famille   | Prénom  | Date de naissance<br>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.  |   |
| <input type="checkbox"/> 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   |   |   |
| <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 pour lesquels j'ai donné mon consentement et qui sont nécessaires d'après le calendrier de vaccination du Yukon.  |   |   |
| <b>Diptérie, coqueluche et tétanos</b>   |   |   |
| Je consens à ce que mon enfant se fasse vacciner.<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | Signature   | Date<br>AAAA-MM-JJ  |
| <b>Méningocoque (vaccin conjugué quadrivalent)</b>   |   |   |
| Je consens à ce que mon enfant se fasse vacciner.<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | Signature   | Date<br>AAAA-MM-JJ  |
| <b>Rougeole, rubéole et oreillons</b>  |   |   |
| Je consens à ce que mon enfant se fasse vacciner.<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | Signature   | Date<br>AAAA-MM-JJ  |
| Section 3 : Réservee à la Santé publique (consentement par téléphone ou par une personne mineure mature)   |   |   |
| Consentement donné par téléphone par :   | Pour :<br>dcaT <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Men-C-ACYW-135 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>RRO <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Signature de l'infirmière   |
| Lien avec l'enfant :   |   | Date: AAAA-MM-JJ  |
| <b>Consentement d'une personne mineure mature</b>  |   |   |
| Signature de l'élève   | Pour :<br>dcaT <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Men-C-ACYW-135 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>RRO <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Signature de l'infirmière   |
|  |   | Date: AAAA-MM-JJ  |