

Nom de famille de l'élève	Prénom de l'élève	Date de naissance	Genre M F Autre
Adresse domiciliaire		Ville	Code postal
Numéro de téléphone (principal)	Numéro de la carte Santé	Nom de l'école	

L'élève a-t-il déjà reçu l'un de ces vaccins?

Veillez remplir le cas échéant. Si l'élève n'a jamais reçu ces vaccins, passez à la section suivante. En cas de doute, **joignez une copie** du dossier d'immunisation de l'élève pour que l'infirmière puisse examiner ses antécédents de vaccination et déterminer ce dont il a besoin.

Vaccin	Marque du		Date(s) de réception
Men-C-ACYW-135 Remarque : Le vaccin Men-C-C n'est pas la même chose que le vaccin	Menactra® Menveo™ Inconnu	Nimenrix® MenQuadfi®	Date de la dose 1 _____ <i>Une dose supplémentaire est recommandée si le vaccin a été administré il y a plus de 5 ans.</i>
Hépatite B (HB)	Engerix® Inconnu/Autre : _____	Recombivax®	Date de la dose 1 _____ Date de la dose 2 _____ Date de la dose 3 _____
Hépatite A+B (HAHB)	Twinrix® Inconnu	Twinrix® Junior	Date de la dose 1 _____ Date de la dose 2 _____ Date de la dose 3 _____
Virus du papillome humain (VPH)	Cervarix® Gardasil®4	Gardasil®9 Inconnu	Date de la dose 1 _____ Date de la dose 2 _____

Consentement à la vaccination

En sélectionnant « Oui »

- Vous avez pris connaissance des renseignements relatifs aux vaccins et vous en comprenez les bénéfices, les risques et les effets secondaires.
- Vous autorisez le Bureau de santé de la région de Peel à administrer le ou les vaccins choisis à l'élève et toutes les doses recommandées nécessaires pour compléter la série de vaccins (s'il est admissible).
- Vous comprenez que le consentement s'applique à tous les établissements du Bureau de santé de la région de Peel (écoles et cliniques).

En sélectionnant « Non »

- Vous n'autorisez pas la vaccination par le Bureau de santé de la région de Peel et vous comprenez les risques de ne pas être vacciné.

Vaccin	Veuillez choisir une réponse pour chaque vaccin	
ACYW-135 contre les maladies à méningocoque (Men-C-ACYW-135)	Oui	Non
Hépatite B (HB)	Oui	Non
Virus du papillome humain (VPH)	Oui	Non

En signant ci-dessous, vous reconnaissez et déclarez que les renseignements fournis dans ce formulaire sont vrais et exacts.

Signé par :

Parent (mère) Parent (père) Tuteur légal ou tutrice légale Élève (14 ans et plus seulement, s'il est capable)

Autre mandataire spécial (précisez) : _____

Signer ici → X

Signature Nom en caractères d'imprimerie Date de signature

Remarque : Une infirmière de santé publique pourrait prendre contact avec vous si des éclaircissements étaient nécessaires en lien avec le consentement.

Pour obtenir de plus amples renseignements, visitez peelregion.ca/immunize immunize ou appelez le Bureau de santé de la région de Peel à **905-799-7700**.



Avis concernant la collecte de renseignements personnels :

Les renseignements personnels sur la santé sont recueillis, utilisés et divulgués en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé* dans le but de fournir des services d'immunisation. Pour obtenir des détails sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, consultez notre page Web sur la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (LPRPS) à peelregion.ca/privacy/hipa ou appelez-nous au **905-799-7700 (1-888-919-7800** pour les résidents de Caledon).

Instructions pour remplir et renvoyer le formulaire de consentement

Avant de remplir le formulaire, assurez-vous d'avoir lu la fiche d'information qui l'accompagne, puis suivez ces instructions.

- Remplissez entièrement le formulaire de consentement à l'**encre**.

- Si une erreur est commise, biffez-la et **inscrivez** vos initiales à côté. N'utilisez pas de liquide ou de ruban correcteur.

- Conditions relatives à l'âge et au consentement :
 - **Moins de 14 ans** : Un parent ou un tuteur **doit** remplir et signer le consentement pour les élèves.
 - **14 ans ou plus** : Les élèves **peuvent** signer leur propre consentement, s'ils sont capables de prendre leurs propres décisions en matière de traitement.
 - **16 ans ou plus** : Les élèves **doivent** signer leur propre consentement, s'ils en sont capables.
- **Renvoyez** le formulaire de consentement rempli à l'école dès que possible.

Votre enfant a-t-il déjà reçu ces vaccins?

Visitez peel.icon.ehealthontario.ca/#!/welcome pour consulter ou mettre à jour les dossiers de vaccination de votre enfant.



Pour obtenir de plus amples renseignements sur les maladies évitables par la vaccination

Visitez ontario.ca/fr/page/la-vaccination-des-enfants-qui-vont-lecole



À l'usage exclusif du bureau

	Invalide	Formulaire en double	Complet pour le RSI
Saisi	Vérifié	Suivi nécessaire	Suivi terminé
Men-C-ACYW-135 HB HPV-9 ISP : _____ Date : _____	Men-C-ACYW-135 HB HPV-9 ISP : _____ Date: _____	Men-C-ACYW-135 HB HPV-9 ISP : _____ Actions : T/c [1] [2] [3] [VM] Obtenu verbalement : Date : _____	Motif du suivi : <div style="background-color: #cccccc; height: 40px; width: 100%;"></div> ROV envoyé/clarifié Autre : _____

Remarques :

Pas d'autre mesure