

Consentement à la vaccination systématique des élèves

Retournez le formulaire dûment rempli à l'école. Voir au verso les instructions pour remplir le formulaire.



Partie 1 Renseignements sur l'élève

Nom de famille de l'élève	Prénom de l'élève	Numéro de carte de Santé	
Date de naissance	Genre Homme Femme Autre		
Adresse de domicile			
Nom de l'école		Année	Classe ou enseignant(e)
Nom complet du parent/tuteur/tutrice			
N° de téléphone du parent/tuteur/tutrice		Autre numéro de téléphone	

Partie 2 Antécédents de vaccination de l'élève

Si l'élève n'a pas reçu les vaccins ci-dessous, passez à la partie 3. En cas de doute, **joignez** une copie du dossier d'immunisation de l'élève pour que le personnel infirmier évalue ses antécédents de vaccination et son admissibilité aux vaccins.

Men-C-ACYW-135	Hépatite B	Human Papillomavirus
Vaccin obligatoire pour fréquenter une école en Ontario.	Date de la dose : _____ AAAA-MM-JJ	Date de la dose : _____ AAAA-MM-JJ
Date de la dose 1 : _____ AAAA-MM-JJ	Date de la dose : _____ AAAA-MM-JJ	Date de la dose : _____ AAAA-MM-JJ
Nom de marque du vaccin: Menactra® Menveo® Nimenrix®	Date de la dose : _____ AAAA-MM-JJ	Nom de marque du vaccin: Cervarix® Gardasil®4 Gardasil®9
Note: Le vaccin Men-C-ACYW-135 est différent du vaccin Men-C-C que l'élève pourrait avoir reçu durant la petite enfance.	Nom de marque du vaccin: Engerix® Recombivax® Twinrix® Twinrix® Jr	

Partie 3 Consentement à la vaccination

J'ai lu la feuille de renseignements ci-jointe. Je comprends les avantages prévus ainsi que les risques et effets secondaires possibles des vaccins.

En cochant « **Oui** », j'autorise le Bureau de santé de Peel à vacciner l'élève susmentionné(e). Je comprends qu'en consentant, j'autorise l'administration de toutes les doses recommandées de la série du vaccin. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps. Je comprends que le consentement est valide pour toutes les séances de vaccination tenues par le Bureau de santé de Peel, y compris celles offertes à l'école et dans les cliniques communautaires.

En cochant « **Non** », je n'autorise pas le Bureau de santé de Peel à vacciner l'élève susmentionné(e). Je comprends les risques possibles de la non-vaccination.

Men-C-ACYW-135	Hépatite B	Virus du papillome humain
Autorise 1 dose: Yes No	Autorise 2 doses: Yes No	Autorise 2 doses: Yes No

Suite à la page suivante...

Partie 4 Signature

Une signature est obligatoire pour confirmer la décision concernant le traitement.

En signant ci-dessous, j'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire sont vrais et exacts.

Sign here

X

Signed date: _____

AAAA-MM-JJ

Signé par :

Parent Tuteur/tutrice Élève (14 ans+)

Autre mandataire spécial (précisez) : _____

Avis relatif à la collecte de renseignements personnels :

Ces renseignements sont recueillis en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990 chapitre H.7.* et seront conservés, utilisés, divulgués et éliminés selon les lois et règlements fédéraux et provinciaux et les règlements municipaux applicables qui régissent la collecte, la conservation, l'utilisation, la divulgation et l'élimination des renseignements personnels, notamment la *Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée, L.R.O. 1990 chapitre M.56* et la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, L.O. 2004, chapitre 3.* Le Bureau de santé de Peel, ou un autre Bureau de santé ontarien si l'école que fréquente votre enfant se trouve dans une autre région, utilisera ces renseignements pour gérer et évaluer le Programme de prévention des maladies par la vaccination. Adressez toute question concernant cette collecte de renseignements au médecin hygiéniste, Bureau de santé de Peel, C.P. 667, COP Streetsville, Mississauga (Ontario) L5M 2C2, **905 799-7700**.

Le Bureau de santé de Peel entrera les renseignements sur la vaccination de l'élève dans une base de données provinciale sécurisée sur la vaccination, appelée Panorama. Les renseignements sur la vaccination de l'élève pourraient être communiqués à d'autres fournisseurs de soins ou consultés par eux s'ils ont à administrer des vaccins ou à maintenir un dossier d'immunisation pour l'élève. Si vous ne voulez pas que ces renseignements soient transmis, veuillez nous en aviser à l'adresse fournie au verso. Si vous avez des questions concernant la protection des renseignements sur la vaccination de l'élève, appelez le Bureau de santé de Peel au **905 799-7700**.

For office use only

Entered	Audited	Invalid	Duplicate	RSI complete
Date:	Date:	Follow-up required		
PHN:	PHN:	Verbal obtained		
Notes:				

Suite à la page suivante...

Instructions pour remplir et retourner le formulaire de consentement

- Remplissez le formulaire au complet avec un stylo.
- Si vous faites une erreur, rayez-la et inscrivez vos initiales à côté. N'utilisez pas de liquide ou de ruban correcteur.
- Exigences liées à l'âge et au consentement :
 - **Moins de 14 ans** : Le formulaire de consentement doit être rempli et signé par le parent/tuteur/tutrice de l'élève.
 - **14 ans ou plus** : L'élève peut signer le formulaire de consentement s'il ou elle est capable de prendre sa propre décision concernant le traitement.
 - **16 ans ou plus** : **L'élève doit signer le formulaire de consentement s'il ou elle en est capable.**
- **Retournez** le formulaire de consentement dûment rempli à l'école dès que possible.

Partie 1

Inscrivez le nom complet de l'élève et celui du parent/tuteur/tutrice. Pas de surnoms ou de versions abrégées du nom.

Part 2

Vous pouvez appeler votre médecin ou vérifier le dossier d'immunisation de l'élève.

Le jour de la séance de vaccination en milieu scolaire, le personnel infirmier vérifiera le dossier d'immunisation de l'élève en ligne (et la copie papier si elle est fournie) pour déterminer son admissibilité.

Le personnel infirmier n'administrera que les vaccins auxquels l'élève est admissible et pour lesquels le consentement a été fourni.

Partie 3

Cochez chaque vaccin à administrer.

Partie 4

Le consentement doit être validé au moyen d'une signature.

Consentement à la vaccination systématique des élèves

Retournez le formulaire dûment rempli à l'école. Voir au verso les instructions pour remplir le formulaire.



Partie 1 Renseignements sur l'élève

Nom de famille de l'élève <i>Johnson</i>	Prénom de l'élève <i>Robert</i>	Numéro de carte de Santé <i>1234-567-890</i>
Date de naissan <i>2012-01-01</i>	Genre <input checked="" type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme <input type="radio"/> Autre	
Adresse de domicile <i>12 New Rd. Unit 34, Mississauga, ON L4W 0X0</i>		
Nom de l'école <i>New Road Middle School</i>	Année <i>7</i>	Classe ou enseignant(e) <i>7C Ms. Singh</i>
Nom complet du parent/tuteur/tutrice <i>Anne Marie Johnson</i>		
N° de téléphone du parent/tuteur/tutrice <i>905-555-1212</i>	Autre numéro de téléphone <i>905-555-3434</i>	

Partie 2 Antécédents de vaccination de l'élève

Si l'élève n'a pas reçu les vaccins ci-dessous, passez à la partie 3. En cas de doute, **joignez** une copie du dossier d'immunisation de l'élève pour que le personnel infirmier évalue ses antécédents de vaccination et son admissibilité aux vaccins.

Men-C-ACYW-135	Hépatite B	Virus du papillome humain
Vaccin obligatoire pour fréquenter une école en Ontario.	Date de la dose <i>2012-01-01</i> AAAA-MM-JJ	Date de la dose : _____ AAAA-MM-JJ
Date de la dose 1 : _____ AAAA-MM-JJ	Date de la dose <i>2012-03-16</i> AAAA-MM-JJ	Date de la dose : _____ AAAA-MM-JJ
Nom de marque du vaccin : <input type="radio"/> Menactra® <input type="radio"/> Menveo® <input type="radio"/> Nimenrix®	Date de la dose <i>A. J. 2012</i> AAAA-MM-JJ	Nom de marque du vaccin <input type="radio"/> Cervarix® <input type="radio"/> Gardasil®4 <input type="radio"/> Gardasil®9
Note: Le vaccin Men-C-ACYW-135 est différent du vaccin Men-C-C que l'élève pourrait avoir reçu durant la petite enfance.	Date de la dose <i>2013-05-24</i> AAAA-MM-JJ	
	Nom de marque du vaccin : <input checked="" type="radio"/> Engerix® <input type="radio"/> Recombivax® <input type="radio"/> Twinrix® <input type="radio"/> Twinrix® Jr	

Partie 3 Consentement à la vaccination

J'ai lu la feuille de renseignements ci-jointe. Je comprends les avantages prévus ainsi que les risques et effets secondaires possibles des vaccins.

En cochant « **Oui** », j'autorise le Bureau de santé de Peel à vacciner l'élève susmentionné(e). Je comprends qu'en consentant, j'autorise l'administration de toutes les doses recommandées de la série du vaccin. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps. Je comprends que le consentement est valide pour toutes les séances de vaccination tenues par le Bureau de santé de Peel, y compris celles offertes à l'école et dans les cliniques communautaires.

En cochant « **Non** », je n'autorise pas le Bureau de santé de Peel à vacciner l'élève susmentionné(e). Je comprends les risques possibles de la non-vaccination.

Men-C-ACYW-135	Hépatite B	Virus du papillome humain
Autorise 1 dose : <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Autorise 2 doses : <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Autorise 2 doses : <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Partie 4 Signature

Une signature est obligatoire pour confirmer la décision concernant le traitement.

En signant ci-dessous, j'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire sont vrais et exacts.

Sign here → **X** *A. Johnson* Signed date: *2025-01-10*
AAAA-MM-JJ

Signé par :
 Parent Tuteur/tutrice Élève (14 ans+)
 Autre mandataire spécial (précisez) : _____

Avis relatif à la collecte de renseignements personnels :

Ces renseignements sont recueillis en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990 chapitre H.7. et seront conservés, utilisés, divulgués et éliminés selon les lois et règlements fédéraux et provinciaux et les règlements municipaux applicables qui régissent la collecte, la conservation, l'utilisation, la divulgation et l'élimination de renseignements personnels, notamment la Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée, L.R.O. 1990 chapitre M.56 et la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, L.O. 2004, chapitre 3. Le Bureau de santé de Peel, ou un autre Bureau de santé ontarien si l'école que fréquente votre enfant se trouve dans une autre région, utilisera ces renseignements pour gérer et évaluer le Programme de prévention des maladies par la vaccination. Adressez toute question concernant cette collecte de renseignements au médecin hygiéniste, Bureau de santé de Peel, C.P. 667, COP Streetsville, Mississauga (Ontario) L5M 2C2, 905 799-7700. Le Bureau de santé de Peel entrera les renseignements sur la vaccination de l'élève dans une base de données provinciale sécurisée sur la vaccination, appelée Panorama. Les renseignements sur la vaccination de l'élève pourraient être communiqués à d'autres fournisseurs de soins ou consultés par eux s'ils ont à administrer des vaccins ou à maintenir un dossier d'immunisation pour l'élève. Si vous ne voulez pas que ces renseignements soient transmis, veuillez nous en aviser à l'adresse fournie au verso. Si vous avez des questions concernant la protection des renseignements sur la vaccination de l'élève, appelez le Bureau de santé de Peel au 905 799-7700.