

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DU BUREAU DE SANTÉ POUR LA FRÉQUENTATION SCOLAIRE

Renseignements et instructions pour les parents/tuteurs

Le Bureau de santé du district de North Bay-Parry Sound est tenu (aux termes de la *Loi sur l'immunisation des élèves* et du protocole de gestion de l'immunisation) de conserver un dossier d'immunisation pour chaque enfant qui fréquente une école du district. Pour nous aider, l'école distribue les formulaires que vous devez remplir et nous les retourne.

La *Loi sur l'immunisation des élèves* et le protocole de gestion de l'immunisation pourvoient des exemptions médicales ou des déclarations de conscience ou de croyance religieuse affidavit. Il faut remplir ces formulaires si votre enfant ne peut être vacciné pour des raisons médicales ou si vous vous opposez à ce que votre enfant soit immunisé. Il est possible d'obtenir des copies de ces formulaires auprès du Bureau de santé et les documents originaux doivent être remplis et soumis au Bureau de santé. Si vous choisissez cette option, vous devez être conscient que le médecin-hygiéniste peut ordonner que votre enfant soit exclu de l'école. Cette ordonnance serait mise en vigueur si une maladie désignée s'est déclarée ou risque de se déclarer dans l'école que votre enfant fréquente et lorsqu'une preuve satisfaisante d'immunisation ou d'immunité n'a pas été reçue.

Un tableau décrivant les vaccins offerts aux enfants en Ontario vous est fourni ci-dessous à titre de référence. Toutes les vaccinations inscrites dans les vaccins obligatoires sont ceux que votre enfant doit avoir reçus pour pouvoir fréquenter l'école. Les vaccinations inscrites dans les vaccins recommandés ne sont pas requis pour fréquenter l'école mais ils sont fortement recommandés afin que votre enfant soit protégé contre ces maladies. Comme l'explique la *Loi sur l'immunisation des élèves*, le fait de ne pas fournir ces renseignements peut entraîner la suspension de votre enfant de l'école jusqu'à ce que les dossiers soient mis à jour ou jusqu'à ce qu'une exemption médicale ou une déclaration de conscience ou de croyance religieuse affidavit soit reçu au bureau de santé du district de North Bay-Parry Sound.

Âge à la vaccination	Vaccins obligatoires					Vaccins recommandés					
	Diphtérie, tétanos, coqueluche	Vaccin Salk inactivé (Polio)	RRO (rougeole, rubéole et oreillons)	Méningo-coque (Méningite)	Varicelle (si né en 2010 et après)	Hib (Haemophilus influenzae)	Pneu-C (Pneumonie)	Rotavirus (gastro-entérite)	Hép B	VPH	Grippe
2 mois	✓	✓				✓	✓	✓			
4 mois	✓	✓				✓	✓	✓			
6 mois	✓	✓				✓					
12 mois			✓	✓			✓				
15 mois					✓						
18 mois	✓	✓				✓					
4 à 6 ans	✓	✓	✓		✓						
7 ^e année				✓ Menactra					✓	✓	
Vaccin de rappel à l'adolescence	✓										
Chaque année											✓

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DU BUREAU DE SANTÉ POUR LA FRÉQUENTATION SCOLAIRE

Client ID# _____

INSTRUCTIONS :	
1.	Remplissez et signez le formulaire ci-dessous.
2.	Joignez une copie du dossier d'immunisation de votre enfant. <i>Vous devrez peut-être appeler votre médecin de famille pour obtenir un dossier complet – un médecin ne nous envoie pas automatiquement cette information.</i>
3.	Placez le formulaire et le dossier d'immunisation dans l'enveloppe ci-incluse.
4.	Retournez l'enveloppe scellée au Bureau de santé. Vous pouvez l'envoyer directement au Bureau de santé (<i>frais postaux requis</i>) ou la livrer en mains propres à notre bureau de North Bay, au 345, rue Oak ouest, ou à notre bureau de Parry Sound, au centre commercial de Parry Sound. Vous pouvez aussi retourner l'enveloppe scellée à l'école. (<i>elle nous sera envoyée par messagerie</i>).
5.	N'oubliez pas de nous laisser savoir à chaque fois qu'un vaccin est reçu.

→ ENTREZ LE NOM DE L'ÉCOLE ICI:	Date de début : _____ Niveau : _____
----------------------------------------	-------------------------------------------------------

Nom légal de l'élève : (nom) _____ (prénom) _____ (second prénom) _____

Nom choisi si différent du nom légal : (nom) _____ (prénom) _____

Genre : _____ Date de naissance : AA _____ MM _____ JJ _____ Numéro carte santé : _____

Adresse postale de l'élève :

Numéro et rue : _____

App/unité : _____ Case Postale _____ RR# _____ Site _____

Ville/Canton : _____ Code Postale : _____

Information des parents/tuteurs :

Nom : _____

Relation à l'élève : _____ Tél. à domicile : _____

Tél. au travail : _____ Cellulaire : _____

Nom : _____

Relation à l'élève : _____ Tél. à domicile : _____

Tél. au travail : _____ Cellulaire : _____

Nom du médecin et numéro de téléphone : _____

Je certifie que l'information fournie sur ce formulaire est exacte.

Signature du parent/tuteur: _____ Date: _____