



Formulaire de consentement pour le programme de vaccination en milieu scolaire

Nom(s) de famille de l'élève	Prénom(s) de l'élève	Date de naissance	☐ M	☐ F
		(AAAA/MM/JJ)		
Adresse à domicile N° Apt/Unité	Case Postale	Ville	Province	Code postale

Numéro de téléphone de jour	Numéro de la carte santé de l'Ontario de l'élève	École
Pouvoir de consentir pour l'élève:		
Nom de la personne fournissant des informations d'évaluation de la santé et de consentement : (s.v.p imprimez): _____		
Relation à l'élève: ☐ Soi-même ☐ Mère ☐ Père ☐ Grand-parent ☐ Parent d'accueil ☐ Autre		
Garde: ☐ Mère ☐ Père ☐ Partagée ☐ Grand-parent ☐ SAE ☐ Autre		

ÉVALUATION DE LA SANTÉ – S.V.P. RÉPONDEZ À TOUTES LES QUESTIONS

Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction à un vaccin auparavant?	☐ Non	☐ Oui
Est-ce que votre enfant a une allergie aux ingrédients suivants : ☐ Non	☐ Neomycin ☐ Diphtérie ☐ Gélatine porcine ☐ Oeuf ☐ Rouge de phénol	☐ Latex ☐ Thimérosal ☐ Levure ☐ Polymyxin B ☐ Streptomycin
Votre enfant a-t-il des problèmes de santé graves? P. ex., convulsions, paralysie, troubles de saignement?	☐ Non	☐ Oui
Votre enfant a-t-il des antécédents d'évanouissement?	☐ Non	☐ Oui
Votre enfant prend-il des médicaments qui peuvent affaiblir son système immunitaire – comme un traitement contre le cancer?	☐ Non	☐ Oui
Est-il possible que votre fille soit enceinte?	☐ Non	☐ Oui
Votre enfant a-t-il reçu un vaccin contre le tétanos dans le dernier 10 ans? Si oui, veuillez et fournir une copie du dossier d'immunisation.	☐ Non	☐ Oui
Votre enfant a-t-il reçu d'autre(s) vaccin(s) au cours du mois dernier?	☐ Non	☐ Oui

Si vous avez des questions au sujet de ces vaccins ou si vous désirez clarifier certaines informations avant de prendre votre décision, veuillez communiquer avec l'une de nos infirmières au Bureau de santé.
North Bay 1-800-563-2808 / 705-474-1400 poste 2252 Parry Sound 1-800-563-2808 / 705-746-5801 poste 3215

CONSENTEMENT – S.V.P REMPLIR

Je reconnais avoir lu les feuilles de renseignements sur ces vaccins qui sont disponible sur le site web du Bureau de santé à www.myhealthunit.ca. Je reconnais comprendre les avantages, les risques et les effets secondaires possibles associés de ces vaccins. Je reconnais comprendre qu'il m'est possible de retirer mon consentement n'importe quand en communiquant avec le BSDNBPS. Si mon enfant a une réaction indésirable aux vaccins, j'obtiendrai immédiatement du secours médical et informerai le BSDNBPS au sujet de la réaction.

Cochez « Oui » au(x) vaccin(s) que vous consentez à ce que votre enfant reçoive :	
Tdap (tétanos, coqueluche et diphtérie)	☐ Oui
Tdap-Polio (tétanos, coqueluche, diphtérie et polio)	☐ Oui
Méningocoque conjugué A, C, Y, W-135	☐ Oui
RRO (rougeole, rubéole et oreillons)	☐ Oui
Polio	☐ Oui
☐ Non, je ne consens pas à ce que mon enfant reçoive l'un des vaccins ci-dessus	

Date: _____ Signature d'un parent / tuteur: _____

FOR NURSE'S USE ONLY				
All vaccines administered under the authority of Dr. J. Chirico, following the Medical Directives:				
VACCINE: ADACEL / BOOSTRIX DOSE: 0.5ML ROUTE: IM				
MED-DIR Authority	Date and Time	Site	Lot Number	Nurse's signature
MED-VPD-014		Right / Left Deltoid		
VACCINE: ADACEL-POLIO / BOOSTRIX-POLIO DOSE 0.5ML ROUTE: IM				
MED-DIR Authority	Date and Time	Site	Lot Number	Nurse's signature
MED-VPD-057		Right / Left Deltoid		
VACCINE: MENACTRA / MENVEO DOSE: 0.5M L ROUTE:IM				
MED-DIR Authority	Date and Time	Site	Lot Number	Nurse's signature
MED-VPD-043		Right / Left Deltoid		
VACCINE: MMR II / PRIORIX DOSE: 0.5ML ROUTE:SC				
MED-DIR Authority	Date and Time	Site	Lot Number	Nurse's signature
MED-VPD-011		Right / Left Deltoid		
VACCINE: IPV DOSE 0.5ML ROUTE: SC				
MED-DIR Authority	Date and Time	Site	Lot Number	Nurse's signature
MED-VPD-004		Right / Left Deltoid		