

## Évaluation de l'état de santé du personnel des centres de garde

En vertu du Règlement 137/15 pris en application de la *Loi de 2014 sur la garde d'enfants et la petite enfance*, les exploitants de centres de garde doivent s'assurer que tous leurs employés et bénévoles ont reçu les vaccins recommandés par le médecin hygiéniste local.

Veuillez fournir **tous les renseignements demandés dans la section 1** du présent formulaire et **joindre une copie de votre dossier de vaccination si les vaccins ne vous ont pas été administrés par le Bureau de santé**. Veuillez vous assurer que votre nom et votre date de naissance sont indiqués sur les deux documents. Vous devez remettre le formulaire dûment rempli et la copie de votre dossier de vaccination au centre de garde. **Le Bureau de santé n'accepte et ne traite que les formulaires présentés par le centre de garde.** Les exigences de vaccination applicables aux travailleurs et aux bénévoles des centres de garde sont énumérées au verso du présent formulaire.

Tous les ans, le centre de garde fournit au Bureau de santé la liste de ses employés et bénévoles, ainsi que des résidents et des visiteurs des lieux de garde en milieu familial afin que le Bureau puisse examiner le dossier de vaccination de ces personnes et confirmer qu'il est à jour. Si votre dossier de vaccination n'est pas à jour au moment de cet examen, le centre de garde en sera informé et vous devrez communiquer avec le Bureau de santé pour obtenir de plus amples renseignements. Le centre de garde ne sera pas informé des renseignements manquants.

**Section 1** – Doit être remplie par l'employé(e), la ou le bénévole ou le membre du personnel – Veuillez fournir tous les renseignements demandés et écrire lisiblement :

Date où le formulaire est rempli : \_\_\_\_\_ Nom du centre de garde et emplacement : \_\_\_\_\_ Date d'entrée en fonction : \_\_\_\_\_

Rôle au centre de garde :  Employé(e) rémunéré(e)                       Bénévole  
 Résident ou visiteur du lieu de garde en milieu familial       Autre

Nom : \_\_\_\_\_ Noms précédents : \_\_\_\_\_  
                                Prénom    Nom(s) de famille

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Numéro de carte Santé : \_\_\_\_\_  
                                AAAA/MM/JJ

Adresse : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ N° de RR : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Avez-vous été vacciné(e) au Bureau de santé?  Oui  Non

N° de tél. à la maison : \_\_\_\_\_ Au travail : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

---

**Section 2** – Doit être remplie par le (la) superviseur(e) du centre de garde :

Je me suis assuré(e) que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets et qu'une copie du dossier de vaccination de l'employé(e) ou du (de la) bénévole a été jointe, si elle est exigée.

Date : \_\_\_\_\_ Signature du (de la) superviseur(e) : \_\_\_\_\_

---

**Section 3 - For Health Unit Use Only**

- Immunization record up to date  
 Immunization record **NOT** up to date – direct the individual to contact the Health Unit at 705-474-1400 ext 5252 or email at [vpd@healthunit.ca](mailto:vpd@healthunit.ca)

Appropriate documentation on file

Signature of Nurse \_\_\_\_\_

Date & Time \_\_\_\_\_

YYYY/MM/DD

Révisé en avril 2020

Les personnes qui travaillent avec des enfants ou font du bénévolat auprès d'eux dans un centre de garde **doivent** avoir obtenu les vaccins suivants :

Vaccin	Exigences
Tétanos, diphtérie, coqueluche (dcaT)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Une dose pour adulte administrée dix ans après l'administration de la dose de rappel à l'adolescence (généralement entre 24 et 26 ans)</li></ul>
Tétanos, diphtérie (dT)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dose de rappel administrée tous les dix ans après l'administration de la dose du vaccin contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche à l'âge adulte</li></ul>
Rougeole, oreillons et rubéole (ROR)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Adultes nés avant 1970 – considérés comme immunisés, aucun vaccin requis</li><li>• Adultes nés en 1970 ou plus tard – au moins 1 dose (2 doses recommandées)</li></ul> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Une analyse de laboratoire confirmant l'immunité est requise si la date de vaccination ne peut être confirmée ou si on ne peut fournir d'attestation clinique de la maladie. Si la personne est immunisée, aucun vaccin n'est requis.</li></ul>
Varicelle	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2 doses</li></ul> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Une analyse de laboratoire confirmant l'immunité est requise si la date de vaccination ne peut être confirmée ou si on ne peut fournir d'attestation clinique de la maladie. Si la personne est immunisée, aucun vaccin n'est requis.</li></ul>

Les vaccins supplémentaires suivants sont recommandés : **vaccin contre l'hépatite A, vaccin contre l'hépatite B, vaccin méningococcique et vaccin annuel contre la grippe.**

Exemptions de la vaccination requise :

Certaines personnes ne peuvent recevoir les vaccins requis pour des raisons médicales. Dans ce cas, il faut remplir une Déclaration d'exemption médicale, qui doit être signée par le fournisseur de soins de santé de l'employé(e) ou du (de la) bénévole. La Déclaration est accessible à :

<http://www.forms.ssb.gov.on.ca/mbs/ssb/forms/ssbforms.nsf/FormDetail?OpenForm&ACT=RDR&TAB=PROFILE&SRCH=&ENV=WWF&TIT=010-3041F&NO=010-3041F>.

Les employés et bénévoles qui s'opposent à la vaccination requise doivent remplir une déclaration de conscience ou de croyance religieuse, qui est accessible à :

<http://www.forms.ssb.gov.on.ca/mbs/ssb/forms/ssbforms.nsf/FormDetail?OpenForm&ACT=RDR&TAB=PROFILE&SRCH=&ENV=WWF&TIT=010-3042F&NO=010-3042F>.

En cas d'éclosion, les employés et bénévoles visés par une exemption seront admis dans le centre de garde uniquement lorsque le Bureau de santé aura déclaré que l'éclosion est terminée.