



## Formulaire de consentement à la vaccination en milieu scolaire

\*Veuillez retourner le présent formulaire à l'école même si l'élève ne se fera pas vacciner.\*

1 <sup>re</sup> étape : Renseignements sur l'élève			
Nom légal	Prénom légal	Nom choisi	Numéro de carte Santé
Date de naissance (a/m/j)	École		Niveau, enseignant ou enseignante
Nom du parent ou du tuteur légal	Numéro de téléphone principal		Lien avec l'élève
2 <sup>e</sup> étape : Antécédents médicaux de l'élève			Si oui, veuillez préciser.
Votre enfant a-t-il des allergies graves?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Votre enfant a-t-il déjà réagi gravement à un vaccin? <i>A-t-il eu une réaction allergique, par exemple?</i>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Votre enfant a-t-il déjà perdu connaissance après s'être fait vacciner?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Votre enfant souffre-t-il d'un grave problème de santé? <i>Est-il atteint d'une maladie du rein ou d'un trouble de saignement, par exemple?</i>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Votre enfant est-il immunodéprimé (en raison d'un problème de santé ou d'un médicament qui affaiblit le système immunitaire)?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
3 <sup>e</sup> étape : Votre enfant a-t-il reçu l'un ou l'autre des vaccins suivants d'un autre fournisseur de soins de santé? Si oui, veuillez indiquer les dates d'administration.			
Vaccin	Date d'administration		
Vaccin contre la méningococcie des groupes ACYW-135 (Nimenrix, Menactra, Menveo) <i>Le vaccin contre la méningococcie des groupes ACYW-135 est différent du vaccin Men-C-C reçu pendant l'enfance.</i>	Dose 1 : _____		
Vaccin contre l'hépatite B (Twinrix, Engerix, Recombivax)	Dose 1 : _____ Dose 2 : _____ Dose 3 : _____		
Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) (Gardasil)	Dose 1 : _____ Dose 2 : _____		
4 <sup>e</sup> étape : Consentez-vous à ce que votre enfant se fasse vacciner? Indiquez oui ou non pour chaque vaccin.			
Vaccin contre la méningococcie des groupes ACYW-135 - 1 dose <i>*Requis pour fréquenter l'école en vertu de la Loi de 1991 sur l'immunisation des élèves.</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Vaccin contre l'hépatite B - série de 2 doses	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) – série de 2 doses	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

En indiquant oui et en signant le présent formulaire, je permets à Santé publique Sudbury et Districts d'administrer les vaccins sélectionnés précédemment, y compris les première et seconde doses, le cas échéant. Je reconnais avoir lu la fiche d'information sur les vaccins ci-jointe ou être au courant d'elle. J'ai pu poser des questions et je comprends les avantages, les risques et les effets secondaires des vaccins. Le consentement exprimé dans les présentes est valide pour la période nécessaire à l'administration des vaccins jusqu'à concurrence de 24 mois. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps en appelant Santé publique Sudbury et districts au 705.522.9200, poste 458.

### 5<sup>e</sup> étape : Signature du parent ou du tuteur légal

Nom en caractères d'imprimerie et signature du parent ou du tuteur légal :	Date :
--	--------

### Autres renseignements

- Le jour de la séance, votre enfant rentrera chez lui avec de la documentation indiquant les vaccins qu'il aura reçus.
- Si votre enfant est absent un jour de séance, veuillez assurer le suivi auprès de votre fournisseur de soins de santé le plus approprié.
- Si votre enfant reçoit des vaccins ailleurs, veuillez télécharger son dossier d'immunisation à [phsd.ca](https://phsd.ca).

### Étapes :

1<sup>re</sup> étape : Allez à [phsd.ca](https://phsd.ca).

2<sup>e</sup> étape : Dans la barre de recherche, tapez *Déclaration des vaccinations*.

3<sup>e</sup> étape : Cliquez sur l'hyperlien *Dossiers d'immunisation et déclaration des vaccins*.

4<sup>e</sup> étape : Faites défiler vers le bas jusqu'à *Solutions offertes pour mettre à jour votre dossier d'immunisation* et choisissez l'hyperlien *Connexion immunisations Ontario*.

5<sup>e</sup> étape : Cliquez sur *Commencez*.

6<sup>e</sup> étape : Remplissez le formulaire en indiquant votre numéro de carte Santé ou votre numéro d'identification d'immunisation de l'Ontario (NIIO).



\*Afin que les exigences de santé publique soient respectées, les renseignements personnels recueillis sur ce formulaire le sont en vertu de l'autorité conférée par l'une ou plusieurs des lois (modifiées) suivantes et les règlements afférents : la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990; la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*, L.R.O. 1990 (anciennement la *Loi sur les sciences de la santé*); la *Loi sur l'immunisation des élèves*, L.R.O. 1990; la *Loi sur les professions de la santé réglementées*, 1991, L.O. 1991; et la *Loi de 2014 sur la garde d'enfants et la petite enfance*, L.O. 2014. Cette collecte de renseignements respecte les dispositions de la *Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée*, L.R.O. 1990, et celles de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, L.O. 2004. Ces renseignements visent à s'assurer que tous les soins personnels et tous les services de santé publique appropriés sont fournis et que les statistiques nécessaires sont tenues. Les questions concernant cette collecte de renseignements devraient être adressées à la personne gestionnaire du programme à Santé publique Sudbury et districts (705.522.9200, poste 458).

This document is also available in English. Consultez [phsd.ca/vaccinseleves](https://phsd.ca/vaccinseleves).

Santé publique Sudbury et districts

phsd.ca • tél. : 705.522.9200, poste 458

Sans frais : 1.866.522.9200 • téléc. : 705.677.9618



**Public Health**  
**Santé publique**  
SUDBURY & DISTRICTS