

PARTIE 1				INFORMATION SUR L'ÉLÈVE			
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE AAAA/MM/JJ		GENRE	
CARTE SANTÉ ONTARIO (<i>requis pour identifier l'étudiant</i>)			NOM DE L'ÉCOLE/ANNÉE SCOLAIRE		CLASSE OU ENSEIGNANT		
ADRESSE DOMICILE				VILLE		CODE POSTAL	
PARTIE 2				ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE L'ÉLÈVE			
Veuillez répondre aux quatre questions reliées aux antécédents médicaux de votre enfant.						Si oui, décrivez brièvement.	
1. Est-ce que votre enfant a une condition médicale sérieuse?				○ OUI ○ NON			
2. Est-ce que votre enfant a déjà réagi à un vaccin ?				○ OUI ○ NON			
3. Est-ce que votre enfant a des antécédents de perte de connaissance ?				○ OUI ○ NON			
4. Est-ce que votre enfant a des allergies ?				○ OUI ○ NON			
PARTIE 3				HISTORIQUE D'IMMUNISATION DE L'ÉLÈVE			
<ul style="list-style-type: none"> Le vaccin contre le méningocoque ACYW-135 n'est pas le même vaccin que celui que votre enfant a reçu à l'âge d'un an. Votre enfant n'a peut-être pas besoin d'être vacciné contre l'hépatite B et/ou le virus du papillome humain si ces vaccins ont déjà été reçus. Votre enfant a-t-il déjà reçu l'un de ces vaccins ? <u>Si oui</u>, remplissez la section ci-dessous en indiquant la date à laquelle votre enfant a reçu le ou les vaccin(s). Mettez à jour le dossier d'immunisation de votre enfant en utilisant l'outil ICON au www.rcdhu.com, en envoyant une copie à schoolimmunization@rcdhu.com, ou en joignant une copie imprimée à ce formulaire de consentement. Si votre enfant n'a pas reçu ces vaccins, veuillez procéder à la partie 4. 							
Méningocoque ACYW-135			○ Menactra® ○ Nimenrix®		○ Menveo®		Dose unique: AAAA/MM/JJ
Hépatite B			○ Engerix® ○ Twinrix®		○ Recombivax® ○ Twinrix Jr®		Dose 1: AAAA/MM/JJ Dose 2: AAAA/MM/JJ Dose 3: AAAA/MM/JJ
Virus du papillome humain			○ Gardasil® ○ Cervarix®				Dose 1: AAAA/MM/JJ Dose 2: AAAA/MM/JJ Dose 3: AAAA/MM/JJ
PARTIE 4				CONSENTEMENT POUR L'IMMUNISATION			
Je reconnais et déclare que l'information fournie dans ce formulaire de consentement est vraie et exacte. J'ai lu la lettre au parent/tuteur légal ainsi que la fiche d'information au sujet des vaccins offerts. Je comprends les bienfaits attendus, les effets secondaires possibles et les risques pour mon enfant ainsi que pour les autres si non vaccinés. À noter que ce consentement est applicable jusqu'à ce que la série de deux doses pour l'hépatite B et le virus du papillome humain soit complétée.							
Veuillez cocher "OUI" ou "NON" pour chacun des vaccins suivants :		<i>J'autorise RCDHU à immuniser mon enfant.</i>		<i>Je n'autorise PAS RCDHU à immuniser mon enfant.</i>		<i>À l'usage de l'infirmière seulement</i>	
						Date dose donnée	Initiales de l'infirmière
Méningocoque ACYW-135 (Requis pour fréquenter l'école)		○ OUI		○ NON		Dose unique: AAAA/MM/JJ	_____
Hépatite B (Une série de deux doses)		○ OUI		○ NON		Dose 1: YYYY/MM/JJ Dose 2: YYYY/MM/JJ	_____ _____
Virus du papillome humain (Une série de deux doses)		○ OUI		○ NON		Dose 1: YYYY/MM/JJ Dose 2: YYYY/MM/JJ	_____ _____
PARTIE 5				INFORMATION SUR LE PARENT OU TUTEUR LÉGAL			
NOM DU PARENT/ TUTEUR LÉGAL			RELATION AVEC L'ÉLÈVE				
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (MAISON)		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (TRAVAIL)			NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (CELLULAIRE)		
SIGNATURE				DATE AAAA/MM/JJ			