

PARTIE 1				INFORMATION SUR L'ÉLÈVE	
NOM DE FAMILLE LÉGAL		PRÉNOM LÉGAL	DATE DE NAISSANCE AAAA/MM/JJ		NOM PRÉFÉRÉ (si différent)
CARTE SANTÉ ONTARIO (pour identifier l'étudiant)			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?			<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
2. Est-ce que votre enfant a déjà eu une réaction à un vaccin ?			<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
3. Est-ce que votre enfant a des antécédents de perte de connaissance ?			<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
4. Est-ce que votre enfant a des allergies ?			<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> 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 immunization@rcdhu.com, ou en joignant une copie imprimée à ce formulaire de consentement. Si votre enfant <u>n'a pas reçu ces vaccins</u>, veuillez procéder à la partie 4. 					
Méningocoque ACYW-135		<input type="radio"/> Menactra® <input type="radio"/> Nimenrix®		<input type="radio"/> Menveo® Dose unique: AAAA/MM/JJ	
Hépatite B		<input type="radio"/> Engerix® <input type="radio"/> Twinrix®		<input type="radio"/> Recombivax® <input type="radio"/> Twinrix Jr® Dose 1: AAAA/MM/JJ Dose 2: AAAA/MM/JJ Dose 3: AAAA/MM/JJ	
Virus du papillome humain		<input type="radio"/> Gardasil® <input type="radio"/> 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 et 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 (Série d'une dose - Requis pour l'école)		<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Dose unique: AAAA/MM/JJ	_____
Hépatite B (Série de deux doses)		<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Dose 1: YYYY/MM/JJ Dose 2: YYYY/MM/JJ	_____ _____
Virus du papillome humain (Série de deux doses)		<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> 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	