

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?					☐ OUI ☐ NON				
2. Est-ce que votre enfant a déjà eu une réaction à un vaccin ?					☐ OUI ☐ NON				
3. Est-ce que votre enfant a déjà perdu connaissance après un vaccin?					☐ OUI ☐ NON				
4. Est-ce que votre enfant a des allergies ?					☐ OUI ☐ NON				
PARTIE 3					HISTORIQUE D'IMMUNISATION DE L'ÉLÈVE				
- Si votre enfant a déjà reçu l'un des vaccins, remplir la section ci-dessous et indiquez 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. - 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. - Si votre enfant <u>n'a pas reçu</u> ces vaccins, veuillez procéder à la partie 4.									
Méningocoque ACYW-135				☐ Menactra® ☐ Nimenrix®		☐ Menveo® ☐ MenQuadfi®		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 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 :			J'autorise RCDHU à immuniser mon enfant.		Je n'autorise PAS RCDHU à immuniser mon enfant.		À l'usage de l'infirmière seulement		
							Date dose donnée		Initiales de l'infirmière
Méningocoque ACYW-135 (dose simple - Requis pour l'école)			☐ OUI		☐ NON		Dose unique: AAAA/MM/JJ		_____
Hépatite B (Série de deux doses)			☐ OUI		☐ NON		Dose 1: YYYY/MM/JJ Dose 2: YYYY/MM/JJ		_____ _____
Virus du papillome humain (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 ☐ cellulaire			NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (TRAVAIL)			ADRESSE COURRIEL			
SIGNATURE					DATE AAAA/MM/JJ				