

PLEASE COMPLETE SECTIONS 1 AND 2

SECTION 1 : STUDENT'S PERSONAL INFORMATION

SCHOOL		GRADE	TEACHER (HOMEROOM)
LAST NAME		FIRST NAME	DATE OF BIRTH (YYYY / MM / DD)
BIRTH GENDER <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	MEDICARE #	NAME OF PARENT / LEGAL GUARDIAN	
DAYTIME PHONE (work or home) <input type="checkbox"/> CELL	OTHER DAYTIME PHONE <input type="checkbox"/> CELL	PARENT'S / LEGAL GUARDIAN'S EMAIL	
A L L E R T	DOES YOUR CHILD HAVE ALLERGIES? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES*		
	*IF YES, TO WHAT AND WHAT TYPE OF REACTION:		
	DOES YOUR CHILD HAVE A HEALTH PROBLEM? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES*		
	*PLEASE EXPLAIN:		
DOES YOUR CHILD TAKE ANY MEDICATIONS? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES*			
*PLEASE LIST:			

SECTION 2 : PARENT / GUARDIAN CONSENT

For the two vaccines, check YES or NO, sign and date.

Your signature will confirm the following:

- I have read the information I was given on the Meningococcal and the Varicella vaccines.
- I understand the benefits and possible reaction(s) for each vaccine and the risk of not getting immunized.

If you have any questions, please call your local Public Health office.

Meningococcal (A, C, Y, W-135) Vaccine – 1 dose

YES, vaccinate my child.
 NO, do not vaccinate my child.
If no, please specify : _____

Signature of parent/legal guardian _____ Date (YYYY / MM / DD) _____

Varicella (chickenpox) Vaccine – 1 dose

YES, vaccinate my child.
 NO, do not vaccinate my child.
If no, please specify : _____

Signature of parent/legal guardian _____ Date (YYYY / MM / DD) _____

FOR PUBLIC HEALTH NURSE USE ONLY

SECTION 3 : TO BE COMPLETED BY PUBLIC HEALTH NURSE

	Lot #	Site	Route	Dosage	Date (YYYY/MM/DD)	Time	Signature
Meningococcal Quad (A,C,Y,W-135) <input type="checkbox"/> NIMENRIX <input type="checkbox"/> MENVEO <input type="checkbox"/> MENACTRA		<input type="checkbox"/> Right arm <input type="checkbox"/> Left arm	<input type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> 0.5 mL			
Varicella (chickenpox) <input type="checkbox"/> VARILRIX <input type="checkbox"/> VARIVAX III		<input type="checkbox"/> Right arm <input type="checkbox"/> Left arm	<input type="checkbox"/> SC	<input type="checkbox"/> 0.5 mL			

SECTION 4: PERSONAL IMMUNIZATION RECORD

This section is to be completed by the Public Health nurse. These immunization records will be given to your child after their immunization. Please keep these records with your child's personal health files.

Meningococcal Quadrivalent (A, C, Y, W-135) Vaccine

STUDENT'S NAME _____

DOB (YYYY / MM / DD) _____ MEDICARE # _____

NAME OF VACCINE: _____ DATE (YYYY / MM / DD) _____

NIMENRIX
 MENVEO
 MENACTRA

NURSE'S SIGNATURE _____

TIME _____

Varicella (chickenpox) Vaccine

STUDENT'S NAME _____

DOB (YYYY / MM / DD) _____ MEDICARE # _____

NAME OF VACCINE: _____ DATE (YYYY / MM / DD) _____

VARILRIX
 VARIVAX III

NURSE'S SIGNATURE _____

TIME _____

VEUILLEZ REMPLIR LES SECTIONS 1 ET 2

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR L'ÉLÈVE

ÉCOLE		ANNÉE	PROFESSEUR TITULAIRE (CLASSE-FOYER)
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)
SEXE À LA NAISSANCE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N° D'ASSURANCE-MALADIE	NOM DU PARENT/TUTEUR LÉGAL	
TÉLÉPHONE LE JOUR (travail ou domicile) <input type="checkbox"/> CELL.	AUTRE TÉLÉPHONE LE JOUR <input type="checkbox"/> CELL.	COURRIEL DU PARENT/TUTEUR LÉGAL	
A L E R T E	VOTRE ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI*		
	*SI C'EST LE CAS, À QUOI EST-IL ALLERGIQUE ET QUEL TYPE DE RÉACTION A-T-IL? :		
	VOTRE ENFANT A-T-IL UN PROBLÈME DE SANTÉ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI*		
	*VEUILLEZ PRÉCISER:		
VOTRE ENFANT PREND-IL DES MÉDICAMENTS? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI*			
*VEUILLEZ LES ÉNUMÉRER :			

SECTION 2 : CONSENTEMENT DU PARENT/TUTEUR

Pour les deux vaccins ci-dessous, cochez OUI ou NON, signez et indiquez la date.

En signant, vous confirmez que :

- vous avez lu l'information qui vous a été donnée sur les vaccins contre le méningocoque et la varicelle;
- vous avez compris les avantages et les réactions possibles pour chaque vaccin, ainsi que le risque de ne pas se faire immuniser.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec votre bureau local de Santé publique.

Vaccin contre le méningocoque (A, C, Y, W-135) – 1 dose

OUI, vaccinez mon enfant.

NON, ne vaccinez pas mon enfant.

Si non, veuillez préciser : _____

Signature du parent/tuteur légal	Date (AAAA-MM-JJ)
----------------------------------	-------------------

Vaccin contre la varicelle – 1 dose

OUI, vaccinez mon enfant.

NON, ne vaccinez pas mon enfant.

Si non, veuillez préciser : _____

Signature du parent/tuteur légal	Date (AAAA-MM-JJ)
----------------------------------	-------------------

SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE EN SANTÉ PUBLIQUE

SECTION 3 : DOIT ÊTRE REMPLIE PAR L'INFIRMIÈRE EN SANTÉ PUBLIQUE

	N° de lot	Site	Voie	Dose	Date (AAAA-MM-JJ)	Heure	Signature
Quad. contre le méningocoque (A, C, Y, W-135) <input type="checkbox"/> NIMENRIX <input type="checkbox"/> MENVEO <input type="checkbox"/> MENACTRA		<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche	<input type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> 0,5 ml			
Varicelle <input type="checkbox"/> VARILRIX <input type="checkbox"/> VARIVAX III		<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche	<input type="checkbox"/> SC	<input type="checkbox"/> 0,5 ml			

SECTION 4 : FICHE D'IMMUNISATION PERSONNELLE

Cette section doit être remplie par l'infirmière en Santé publique. Ces fiches d'immunisation seront remises à votre enfant après son immunisation. Veuillez garder ces fiches avec les renseignements personnels sur la santé de votre enfant.

Vaccin quadrivalent contre le méningocoque (A, C, Y, W-135)

NOM DE L'ÉLÈVE	
DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)	N° D'ASSURANCE-MALADIE
NOM DU VACCIN :	DATE (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> NIMENRIX <input type="checkbox"/> MENVEO <input type="checkbox"/> MENACTRA	HEURE
SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE	

Vaccin contre la varicelle

NOM DE L'ÉLÈVE	
DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)	N° D'ASSURANCE-MALADIE
NOM DU VACCIN :	DATE (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> VARILRIX <input type="checkbox"/> VARIVAX III	HEURE
SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE	