

VEUILLEZ REMPLIR LES SECTIONS 1 ET 2

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR L'ÉLÈVE

ÉCOLE		ANNÉE	PROFESSEUR TITULAIRE (CLASSE-FOYER)	
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM	PRÉNOM PRÉFÉRÉ	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 LÉGAL

Pour le vaccin 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 le vaccin contre le méningocoque;
- vous avez compris les avantages et les réactions possibles du vaccin, ainsi que le risque de ne pas se faire immuniser.

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

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

- 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 ou À L'INFIRMIER EN SANTÉ PUBLIQUE

SECTION 3 : DOIT ÊTRE REMPLIE PAR L'INFIRMIÈRE ou L'INFIRMIER 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			

SECTION 4 : FICHE D'IMMUNISATION PERSONNELLE

Cette section doit être remplie par l'infirmière ou l'infirmier en Santé publique. Cette fiche d'immunisation sera remise à votre enfant après son immunisation. Veuillez garder cette fiche 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 : <input type="checkbox"/> NIMENRIX <input type="checkbox"/> MENACTRA <input type="checkbox"/> MENVEO	DATE (AAAA-MM-JJ)
	HEURE
SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE ou DE L'INFIRMIER	

Les renseignements personnels sur la santé fournis ici sont recueillis et utilisés par la Santé publique du Nouveau-Brunswick dans le cadre du Système d'information sur la santé publique (SISP) aux fins de l'administration des vaccins et de la prévention, de l'enquête et de la gestion des éclosons de maladies évitables par la vaccination. Vos renseignements personnels sur la santé sont traités conformément à la **Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé**.