

**VACCIN CONTRE LA DIPHTÉRIE, LE TÉTANOS ET LA COQUELUCHE (dcaT)
VACCIN CONTRE LE VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN (VPH)**

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 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 virus du papillome humain (VPH), la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (dcaT);
- 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 la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (dcaT) – 1 dose

<input type="checkbox"/> OUI, vaccinez mon enfant.	
<input type="checkbox"/> NON, ne vaccinez pas mon enfant.	
Si non, veuillez préciser : _____	
Votre enfant a-t-il reçu le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche depuis janvier 2024? Date (AAAA-MM-JJ)	
<input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Si oui, indiquez la date
Signature du parent/tuteur légal	Date (AAAA-MM-JJ)

Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) – 2 doses

<input type="checkbox"/> OUI, vaccinez mon enfant.	
<input type="checkbox"/> 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

	No de lot	Site	Voie	Dose	Date (AAAA/MM/JJ)	Heure	Signature
dcaT <input type="checkbox"/> ADACEL <input type="checkbox"/> BOOSTRIX		<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche	<input type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> 0,5 ml			
VPH <input type="checkbox"/> GARDASIL 9 DOSE 1		<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche	<input type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> 0,5 ml			
VPH <input type="checkbox"/> GARDASIL 9 DOSE 2		<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. **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 contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche acellulaire (dcaT)

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

Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) – DOSE 1

NOM DE L'ÉLÈVE	
DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)	
N° D'ASSURANCE-MALADIE	
NOM DU VACCIN : <input type="checkbox"/> GARDASIL 9	DATE (AAAA-MM-JJ) HEURE
SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE ou DE L'INFIRMIER	

Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) – DOSE 2

NOM DE L'ÉLÈVE	
DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)	
N° D'ASSURANCE-MALADIE	
NOM DU VACCIN : <input type="checkbox"/> GARDASIL 9	DATE (AAAA-MM-JJ) HEURE
SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE ou DE L'INFIRMIER	