

VEUILLEZ REMPLIR LES SECTIONS 1 ET 2

SECTION 1: RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR L'ÉLÈVE

ÉCOLE			ANNÉE		PROFESSEUR TITULAIRE (CLASSE-FOYER)	
NOM DE FAMILLE			PRÉNOM		NOM PRÉFÉRÉ	
DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)		SEXE À LA NAISSANCE ☐ M ☐ F	S'IDENTIFIE COMME ☐ M ☐ F ☐ X	NO D'ASSURANCE-MALADIE		NOM DU PARENT/TUTEUR LÉGAL
TÉLÉPHONE LE JOUR (travail ou domicile)		AUTRE TÉLÉPHONE LE JOUR			COURRIEL DU PARENT / TUTEUR LÉGAL	

A
L
E
R
T
E

VOTRE ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES? ☐ NON ☐ OUI*

*SI C'EST LE CAS, À QUOI EST-IL ALLERGIQUE ET QUEL TYPE DE RÉACTION:

VOTRE ENFANT A-T-IL UN PROBLÈME DE SANTÉ? ☐ NON ☐ OUI*

*VEUILLEZ PRÉCISER:

VOTRE ENFANT PREND T-IL DES MÉDICAMENTS? ☐ NON ☐ 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 (VPH9) et 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 vacciner.

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

Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (dcaT) - 1 dose				Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH9) - 1 dose			
☐ OUI, vacciner mon enfant. ☐ NON, ne pas vacciner mon enfant. Si non, veuillez préciser:				☐ OUI, vacciner mon enfant. ☐ NON, ne pas vacciner mon enfant Si non, veuillez préciser :			
Votre enfant a-t-il reçu le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche depuis janvier 2025?							
		Date (AAAA / MM / JJ)				Date (AAAA / MM / JJ)	
☐ NON ☐ OUI ⇒ Si oui, svp indiquez la date :				Signature du parent/tuteur légal ➔		Date (AAAA / MM / JJ)	

SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

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

	No de lot	Site	Voie	Dose	Date (AAAA/MM/JJ)			Heure	Signature
dcaT ☐ ADACEL ☐ BOOSTRIX		☐ Bras droit ☐ Bras gauche	IM	0,5 ml					
VPH9 ☐ GARDASIL 9		☐ Bras droit ☐ Bras gauche	IM	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 sa vaccination.

Veillez garder ces fiches avec les renseignements personnels sur la santé de votre enfant.

Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (dcaT) - 1 dose				Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH9) - 1 dose			
NOM DE L'ÉLÈVE				NOM DE L'ÉLÈVE			
DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)				DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)			
N° D'ASSURANCE-MALADIE				N° D'ASSURANCE-MALADIE			
NOM DU VACCIN		DATE (AAAA-MM-JJ)		NOM DU VACCIN		DATE (AAAA-MM-JJ)	
☐ ADACEL ☐ BOOSTRIX		HEURE		☐ GARDASIL 9		HEURE	
SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE				SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE			

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 éclosoins 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**.

PLEASE COMPLETE SECTIONS 1 AND 2

SECTION 1: STUDENT'S PERSONAL INFORMATION

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

SECTION 2: PARENT / LEGAL 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 Human Papillomavirus (HPV9) and the Tetanus, Diphtheria and Pertussis (Tdap) vaccines.
- I understand the benefits and possible reaction(s) for each vaccine and the risk of not getting vaccinated.

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

Tetanus, Diphtheria & Pertussis (Tdap) Vaccine - 1 dose				Human Papillomavirus (HPV9) Vaccine - 1 dose			
☐ YES, vaccinate my child. ☐ NO, do not vaccinate my child. If no, please specify:				☐ YES, vaccinate my child. ☐ NO, do not vaccinate my child. If no, please specify:			
Has your child received a dose of Tetanus, Diphtheria and Pertussis Vaccine since January 2025?							
☐ NO ☐ YES If yes, give the date:		Date (YYYY / MM / DD)		☐ NO ☐ YES If yes, give the date:		Date (YYYY / MM / DD)	
Signature of parent/legal guardian ➔		Date (YYYY / MM / DD)		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	Dose	Date (YYYY/MM/DD)	Time	Signature
Tdap ☐ ADACEL ☐ BOOSTRIX		☐ Right arm ☐ Left arm	IM	0,5 ml			
HPV9 ☐ GARDASIL 9		☐ Right arm ☐ Left arm	IM	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.

Tetanus, Diphtheria and Pertussis (Tdap) Vaccine - 1 dose				Human Papillomavirus (HPV9) Vaccine - 1 dose			
STUDENT'S NAME				STUDENT'S NAME			
DOB (YYYY-MM-DD)				DOB (YYYY-MM-DD)			
MEDICARE #				MEDICARE #			
NAME OF VACCINE :		DATE (YYYY-MM-DD)		NAME OF VACCINE:		DATE (YYYY-MM-DD)	
☐ ADACEL				☐ GARDASIL 9			
☐ BOOSTRIX		TIME				TIME	
NURSE'S SIGNATURE				NURSE'S SIGNATURE			