

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 A-T-IL? :

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 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 (Men-C-ACYW-135).
- Vous avez compris les avantages et les réactions possibles pour le 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 (Men-C-ACYW-135) – 1 dose

☐ OUI, vacciner mon enfant. ☐ NON, ne pas vacciner mon enfant. Si non, veuillez préciser :		
Signature du parent/tuteur légal ➔	Date (AAAA / MM / JJ)	

SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

SECTION 3 : DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE PAR L'INFIRMIÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Méningocoque (Men-C-ACYW-135)	No de lot	Site	Voie	Dose	Date (AAAA/MM/JJ)	Heure	Signature
☐ NIMENRIX ☐ MENACTRA ☐ MENVEO		☐ Bras droit ☐ Bras gauche	IM	0.5 ml			

SECTION 4 : FICHE D'IMMUNISATION PERSONNELLE

Cette section doit être remplie par l'infirmière de la 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 contre le méningocoque (Men-C-ACYW-135)

NOM DE L'ÉLÈVE	
DATE DE NAISSANCE (AAAA / MM / JJ)	No D'ASSURANCE MALADIE
NOM DU VACCIN : ☐ NIMENRIX ☐ MENACTRA ☐ MENVEO	DATE (AAAA / MM / JJ) HEURE
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 éclosions 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 #	NAME OF PARENT / LEGAL GUARDIAN	
DAYTIME PHONE (work or home)		OTHER DAYTIME PHONE		PARENT'S / LEGAL GUARDIAN'S EMAIL	
A L 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

Check YES or NO, sign, and date.

Your signature will confirm the following :

- I have read the information I was given on the Meningococcal (Men-C-ACYW-135) vaccine.
- I understand the benefits and possible reaction(s) for the vaccine and the risk of not getting vaccinated.

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

Meningococcal (Men-C-ACYW-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)

FOR PUBLIC HEALTH NURSE USE ONLY

SECTION 3 : TO BE COMPLETED BY PUBLIC HEALTH NURSE

Meningococcal (Men-C-ACYW-135)	Lot #	Site	Route	Dosage	Date (YYYY/MM/DD)	Time	Signature
☐ NIMENRIX ☐ MENACTRA ☐ MENVEO		☐ Right arm ☐ Left arm	IM	0.5 mL			

SECTION 4 : PERSONAL IMMUNIZATION RECORD

This section is to be completed by the Public Health Nurse. This immunization record will be given to your child after their immunization. Please keep this record with your child's personal health files.

Meningococcal (Men-C-ACYW-135) Vaccine	
STUDENT'S NAME	
DOB (YYYY / MM / DD)	MEDICARE #
NAME OF VACCINE : ☐ NIMENRIX ☐ MENACTRA ☐ MENVEO	DATE (YYYY / MM / DD)
	TIME
NURSE'S SIGNATURE	

The personal health information provided here is collected and used by New Brunswick Public Health within the Public Health Information System (PHIS) for the purposes of delivering immunizations, and to prevent, investigate and manage outbreaks of vaccine preventable disease. Your personal health information is processed in accordance with the *Personal Health Information Privacy and Access Act*.