

CONSENTEMENT À LA VACCINATION EN MILIEU SCOLAIRE POUR LES ÉLÈVES DE 6^e ANNÉE

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE L'ENFANT			
Nom de famille	Prénom	Date de naissance AAAA/MM/JJ	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
École et classe		Carte d'assurance-santé n°	
Nom du parent/tuteur		Lien avec l'enfant	
Téléphone (jour)	Téléphone (soir)	Téléphone (cellulaire)	
Alerte : votre enfant a-t-il déjà eu une réaction allergique grave? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
ALLERGIES : Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction à la suite d'un vaccin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Maladie chronique :	

SECTION 2 : CONSENTEMENT	
POUR CHAQUE VACCIN ÉNUMÉRÉ CI-APRÈS, COCHEZ LA CASE « JE CONSENS » OU « JE NE CONSENS PAS », APPOSEZ VOTRE SIGNATURE ET LA DATE	
Il est très important de remplir et de retourner le présent formulaire.	
Je comprends les renseignements présentés sur les feuillets d'information au sujet du programme yukonnais de vaccination du Yukon en ce qui concerne les vaccins énumérés ci-dessous. Je suis conscient des avantages et des réactions possibles, ainsi que des risques associés au choix de ne pas se faire vacciner. J'ai eu l'occasion de poser des questions. Je comprends que mon consentement est valide pour les vaccins énumérés ci-dessous, sauf si je révoque ce consentement.	
Je comprends que l'infirmière en santé communautaire examinera le dossier de vaccination de mon enfant et qu'elle n'offrira que les vaccins nécessaires pour assurer une protection complète en conformité avec le calendrier de vaccination du Yukon.	
Rougeole, oreillons et rubéole (ROR)	
<input type="checkbox"/> Je consens <input type="checkbox"/> Je ne consens pas à ce que mon enfant soit vacciné.	Signature _____ Date AAAA/MM/JJ
Virus du papillome humain (VPH) – doses n^{os} 1 et 2 en 6^e année	
<input type="checkbox"/> Je consens <input type="checkbox"/> Je ne consens pas à ce que mon enfant soit vacciné.	Signature _____ Date AAAA/MM/JJ

RÉSERVÉ À L'INFIRMIÈRE EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE		
Consentement par téléphone obtenu de :	Pour : ROR <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Signature de l'infirmière :
Lien avec l'enfant :	VPH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date :

NOTA : Les renseignements personnels demandés sur le présent formulaire sont recueillis par le ministère de la Santé et des Affaires sociales dans le but de tenir un dossier sur la vaccination et pour les besoins de la santé publique. Cette collecte de renseignements personnels est autorisée en vertu du paragraphe 29(c) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, du paragraphe 2.2 de la *Loi sur la santé et la sécurité publiques* et du *Règlement sur la lutte contre les maladies transmissibles*, O.C. 1961/48, aux termes de cette *Loi*, et du paragraphe 4(2) de la *Loi sur la santé*. Si vous avez des questions relativement à cette collecte de renseignements, veuillez téléphoner à l'infirmière responsable, au Centre de santé de Whitehorse, au 456-3844 ou au Centre de santé communautaire de votre localité.