



# Formulaire de Consentement pour la Vaccination



Remplissez Section A. Remplissez Section B et Section C uniquement pour les vaccins que vous voudriez que votre enfant reçoive.

SECTION A: INFORMATION D'ETUDIANT		ECOLE:	
Nom de famille		Prénom (s)	
		Date de Naissance	
		<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille	
Adresse (comprenant le numéro d'appartement s'il y lieu)		Ville	
		Etat	
		Code Postal	
Parent/Tuteur – Veuillez écrire en TOUTES LETTRES		Numéro de téléphone pendant la journée	
<b>SECTION B: DOSSIER DES VACCINS</b> <b>OBTENIR LES RENSEIGNEMENTS AUPRES DU MEDECIN TRAITANT</b>		<b>SECTION C:</b> <b>VEUILLEZ SIGNER SI LE VACCIN EST NÉCESSAIRE</b>	
<b>HEPATITE B (3 piqûres)</b>  ___/___/___    ___/___/___    ___/___/___ Date Vac #1    Date Vac #2    Date Vac #3		<b>HEPATITE B :</b> J'ai obtenu une copie de la déclaration sur la vaccination contre l'Hépatite B. Je suis au courant des bienfaits et risques du vaccin. Je sais qu'il est nécessaire de prendre 3 piqûres pour être complètement protégé. Je soussigné, décharge The Wellness Co. de toutes responsabilités associées à l'administration du vaccin et de ses effets secondaires possibles. <b>J'AUTORISE MON ENFANT A PRENDRE LES VACCINS CONTRE L'HEPATITE B.</b>  Signature: _____	
<b>MMR (2 piqûres)</b>  ___/___/___    ___/___/___ Date Vac #1    Date Vac #2		<b>MMR :</b> J'ai obtenu une copie de la déclaration sur la vaccination contre la Rougeole, les Oreillons et la Rubéole (MMR). Je suis au courant des bienfaits et risques du vaccin. Je sais qu'il est nécessaire de prendre 2 piqûres pour être complètement protégé. Je soussigné, décharge The Wellness Co. de toutes responsabilités associées à l'administration du vaccin et de ses effets secondaires possibles. <b>J'AUTORISE MON ENFANT A PRENDRE LES VACCINS CONTRE LE MMR.</b>  Signature: _____	
<b>TDAP</b>  ___/___/___    ___/___/___ Date du vaccin    Date du Vaccin		<b>TDAP :</b> J'ai obtenu une copie de la déclaration sur la vaccination contre le Tétanos, la Diphtérie et la Coqueluche (TDAP). Je suis au courant des bienfaits et risques du vaccin. Je soussigné, décharge The Wellness Co. de toutes responsabilités associées à l'administration du vaccin et de ses effets secondaires possibles. <b>J'AUTORISE MON ENFANT A PRENDRE LE VACCIN CONTRE LE TDAP.</b>  Signature: _____	
<b>MENINGITE</b>  ___/___/___ Date du Vaccin		<b>MENINGITE :</b> J'ai obtenu une copie de la déclaration sur la vaccination contre La Méningocèle (MENINGITE). Je suis au courant des bienfaits et risques du vaccin. Je soussigné, décharge The Wellness Co. de toutes responsabilités associées à l'administration du vaccin et de ses effets secondaires possibles. <b>J'AUTORISE MON ENFANT A PRENDRE LE VACCIN CONTRE LA MENINGITE.</b>  Signature: _____	
<b>VARICELLE</b>  ___/___/___    ___/___/___ Date Vac #1    Date Vac #2  ___/___/___ Date à laquelle il/elle a eu la varicelle		<b>VARICELLE :</b> J'ai obtenu une copie de la déclaration sur la vaccination contre la Varicelle. Je suis au courant des bienfaits et risques du vaccin. Je sais qu'il est nécessaire de prendre 2 piqûres pour être complètement protégé. Je soussigné, décharge The Wellness Co. de toutes responsabilités associées à l'administration du vaccin et de ses effets secondaires possibles. <b>J'AUTORISE MON ENFANT A PRENDRE LES VACCINS CONTRE LA VARICELLE.</b>  Signature: _____	
<b>POLIO (3-4 piqûres)</b>  ___/___/___    ___/___/___    ___/___/___ Date Vac #1    Date Vac #2    Date Vac #3  ___/___/___ Date Vac #4		<b>POLIO :</b> J'ai obtenu une copie de la déclaration sur la vaccination contre la Polio. Je suis au courant des bienfaits et risques du vaccin. Je sais qu'il est nécessaire de prendre 3-4 piqûres pour être complètement protégé. Je soussigné, décharge The Wellness Co. de toutes responsabilités associées à l'administration du vaccin et de ses effets secondaires possibles. <b>J'AUTORISE MON ENFANT A PRENDRE LES VACCINS CONTRE LA POLIO.</b>  Signature: _____	
<b>HPV (3 piqûres)</b>  ___/___/___    ___/___/___    ___/___/___ Date Vac #1    Date Vac #2    Date Vac #3		<b>Vaccin contre le Virus du Papillome Humain (HPV) :</b> J'ai obtenu une copie de la déclaration sur la vaccination contre le HPV. Je suis au courant des bienfaits et risques du vaccin. Je sais qu'il est nécessaire de prendre 3 piqûres pour être complètement protégé. Je soussigné, décharge The Wellness Co. de toutes responsabilités associées à l'administration du vaccin et de ses effets secondaires possibles. <b>J'AUTORISE MON ENFANT A PRENDRE LES VACCINS CONTRE LE HPV.</b>  Signature: _____	
<b>HEPATITE A (2 piqûres)</b>  ___/___/___    ___/___/___ Date Vac #1    Date Vac #2		<b>HEPATITE A :</b> J'ai obtenu une copie de la déclaration sur la vaccination contre l'Hépatite A. Je suis au courant des bienfaits et risques du vaccin. Je sais qu'il est nécessaire de prendre 2 piqûres pour être complètement protégé. Je soussigné, décharge The Wellness Co. de toutes responsabilités associées à l'administration du vaccin et de ses effets secondaires possibles. <b>J'AUTORISE MON ENFANT A PRENDRE LES VACCINS CONTRE L'HEPATITE A.</b>  Signature: _____	



## QUESTIONNAIRE DE SELECTION POUR LA VACCINATION

Nom de l'étudiant (écrivez en toutes lettres) : \_\_\_\_\_

Nom de l'école: \_\_\_\_\_

**Parent/Tuteur: Veuillez répondre aux questions suivantes pour nous aider à décider quels vaccins devront être administrés à votre enfant.**

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 1. Est-ce que votre enfant est allergique à certains médicaments, aliments ou vaccins?<br>Si oui, expliquez: _____   | Oui | Non |
| 2. Est-ce que votre enfant a déjà eu une sévère réaction à un vaccin dans le passé?<br>Si oui, à quel vaccin et quand? _____   | Oui | Non |
| 3. Est-ce que votre enfant a déjà eu une attaque ou un problème de cerveau?<br>Si oui, indiquez son état actuel : _____  | Oui | Non |
| 4. Est-ce que votre enfant a eu la leucémie, le SIDA (AIDS), ou quelque autre problème de système immunitaire?   | Oui | Non |
| 5. Est-ce que votre enfant prend de la cortisone, prednisone, des stéroïdes, ou d'autres remèdes contre le cancer, ou a suivi des traitements radiographiques ces trois derniers mois? | Oui | Non |
| 6. Est-ce que votre enfant a reçu une transfusion sanguine, des produits sanguins ou a pris un médicament appelé gammaglobuline l'année dernière ?                                     | Oui | Non |
| 7. Est-ce que votre enfant a reçu un vaccin ces quatre dernières semaines?<br>Si oui, quel vaccin : _____  | Oui | Non |

### INFORMATION D'ASSURANCE

**Veuillez indiquer le fournisseur d'assurance maladie de votre enfant et son numéro d'identification. Un élève n'ayant pas d'assurance ou dont l'assurance ne couvre pas le coût du vaccin aura quand même le droit de recevoir le vaccin gratuitement.**

Blue Cross & Blue Shield: \_\_\_\_\_  
(lettres) (chiffres)

Medicare Part B: \_\_\_\_\_  
(chiffres) (lettres)

Federal Blue Cross: \_\_\_\_\_

Autres: \_\_\_\_\_  
(fournisseur d'assurance) (numéro d'identification)

\_\_\_\_\_  
Ecrivez votre nom en toutes lettres

\_\_\_\_\_  
Votre numéro de téléphone pendant la journée

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur