

# Formulaire de consentement à la vaccination en milieu scolaire

## Vaccin contre la méningococcie du groupe C-ACYW-135, vaccin contre l'hépatite B, vaccin contre le virus du papillome humain (VPH 9)

Il faut que tous les formulaires de consentement signés soient retournés à l'école et indiquent les options applicables sélectionnées.

### 1. Renseignements sur l'élève

Nom légal : \_\_\_\_\_ Prénom légal : \_\_\_\_\_

Nom choisi (s'il diffère du nom légal) : \_\_\_\_\_

Date de naissance (a/m/j) : \_\_\_\_\_ N° de carte Santé de l'Ontario : \_\_\_\_\_

École : \_\_\_\_\_ Niveau : \_\_\_\_\_

Nom légal du parent ou du tuteur légal : \_\_\_\_\_

Prénom légal du parent ou du tuteur légal : \_\_\_\_\_

Lien avec l'élève : \_\_\_\_\_

N° de téléphone principal : \_\_\_\_\_ N° de téléphone secondaire : \_\_\_\_\_

### 2. Consentement à la vaccination

J'ai lu la fiche d'information sur les vaccins ci-jointe ou j'en ai pris connaissance. J'ai pu poser des questions et je comprends les avantages et les risques, ainsi que les effets secondaires. Et j'ai toujours reçu des réponses satisfaisantes. Je comprends que l'élève pourra recevoir jusqu'à trois injections en une seule journée. Le consentement donné dans le présent formulaire est valide pour la période nécessaire à l'administration des vaccins (jusqu'à 24 mois). Je comprends que je peux le retirer en tout temps en appelant Santé publique Sudbury et districts au 705 522-9200, poste 458, et en parlant à un membre du personnel infirmier-hygiéniste.

**Remarque :** Si l'élève a déjà reçu l'un ou l'autre des vaccins, l'infirmière ou l'infirmier déterminera si d'autres doses sont requises selon le calendrier de vaccination de l'Ontario et le Guide canadien d'immunisation. Il est convenu que le fait de donner son consentement à l'un ou l'autre des vaccins ci-dessous constitue un consentement à l'administration des doses restantes requises pour compléter la série vaccinale. Ainsi, l'élève et son entourage bénéficieront d'une protection optimale.

This document is also available in English. Visit [phsd.ca/studentvaccines](https://phsd.ca/studentvaccines)



<b>Vaccin contre la méningococcie du groupe ACYW-135</b> *Requis pour fréquenter l'école en vertu de la <i>Loi sur l'immunisation des élèves</i> .	<b>Vaccin contre l'hépatite B</b>	<b>Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH)</b>
<b>Oui, je consens à ce que cet élève reçoive le vaccin contre la méningococcie du groupe ACYW-135 à l'école.</b>  X _____ Nom du parent ou du tuteur légal en caractères d'imprimerie  X _____ Signature du parent ou du tuteur légal  Date : _____	<b>Oui, je consens à ce que cet élève reçoive le vaccin contre l'hépatite B à l'école.</b>  X _____ Nom du parent ou du tuteur légal en caractères d'imprimerie  X _____ Signature du parent ou du tuteur légal  Date : _____	<b>Oui, je consens à ce que cet élève reçoive le vaccin contre le virus du papillome humain à l'école.</b>  X _____ Nom du parent ou du tuteur légal en caractères d'imprimerie  X _____ Signature du parent ou du tuteur légal  Date : _____
<b>Non, je ne consens pas à ce que cet élève reçoive le vaccin contre la méningococcie du groupe ACYW-135 à l'école.</b>  X _____ Nom du parent ou du tuteur légal en caractères d'imprimerie  X _____ Signature du parent ou du tuteur légal  Date : _____	<b>Non, je ne consens pas à ce que cet élève reçoive le vaccin contre l'hépatite B à l'école.</b>  X _____ Nom du parent ou du tuteur légal en caractères d'imprimerie  X _____ Signature du parent ou du tuteur légal  Date : _____	<b>Non, je ne consens pas à ce que cet élève reçoive le vaccin contre le virus du papillome humain à l'école.</b>  X _____ Nom du parent ou du tuteur légal en caractères d'imprimerie  X _____ Signature du parent ou du tuteur légal  Date : _____

\* Afin que les exigences de santé publique soient respectées, les renseignements personnels recueillis sur ce formulaire le sont en vertu de l'autorité conférée par l'une ou plusieurs des lois (modifiées) suivantes et les règlements afférents : la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990; la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*, L.R.O. 1990 (anciennement la *Loi sur les sciences de la santé*); la *Loi sur l'immunisation des élèves*, L.R.O. 1990; la *Loi sur les professions de la santé réglementées*, 1991, L.O. 1991; et la *Loi de 2014 sur la garde d'enfants et la petite enfance*, L.O. 2014. Cette collecte de renseignements respecte les dispositions de la *Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée*, L.R.O. 1990, et celles de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, L.O. 2004. Ces renseignements visent à s'assurer que tous les soins personnels et tous les services de santé publique appropriés sont fournis et que les statistiques nécessaires sont tenues. Les questions concernant cette collecte de renseignements devraient être envoyées à la gestionnaire de programme de Santé publique Sudbury et districts, 1300, rue Paris, Sudbury ON P3E 3A3, 705.522.9200, poste 458.

This document is also available in English. Visit [phsd.ca/studentvaccines](https://phsd.ca/studentvaccines)

