



DT9592

CONSENTEMENT À LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19 POUR LES USAGERS ÂGÉS DE MOINS DE 14 ANS

IMPORTANT - Date de remise à l'école: 3 septembre 2021

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT (USAGER)

Nom et prénom de l'utilisateur					
Nom et prénom de la mère					
Nom et prénom du père (optionnel)					
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
N° d'assurance maladie			Année		
			Mois		
Adresse (N°, rue)			Expiration		
Ville			Code postal		

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom de l'école :		Groupe :	
Personne autorisée à consentir à la vaccination (nom, prénom) :		Statut : <input type="checkbox"/> Autorité parentale <input type="checkbox"/> Tuteur	
Ind. rég. N° de téléphone résidence	Ind. rég. Autre N° téléphone	<input type="checkbox"/> Cellulaire	<input type="checkbox"/> Travail
Adresse courriel :			

USAGERS ÂGÉS DE MOINS DE 14 ANS

(Un consentement écrit n'est pas nécessaire pour les jeunes âgés de 14 ans et plus.
Ces derniers peuvent consentir eux-mêmes à la vaccination.)

QUESTIONNAIRE PRÉ-IMMUNISATION

	QUESTIONS LIÉES À L'ÉTAT DE SANTÉ DE VOTRE ENFANT	OUI	NON	S.O. ou NSP	PRÉCISION
1.	Problèmes de santé Est-il dans l'une des deux situations suivantes : • Il a déjà eu un test positif pour la COVID-19. • Il a des symptômes de la COVID-19. • Vous avez remarqué un changement récent dans son état de santé (p. ex. : apparition de symptômes inhabituels). • Il a une condition de santé qui nécessite un suivi médical ou une prise régulière de médicaments. Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, précisez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Immunodépression Est-il dans l'une des deux situations suivantes : • Il prend des médicaments immunodépresseurs. • Il souffre d'une maladie qui affaiblit son système immunitaire, comme un cancer. Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, précisez le nom des médicaments ou de la maladie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Réactions antérieures A-t-il déjà fait une réaction importante (autre qu'une allergie alimentaire, saisonnière ou une allergie aux animaux) après avoir reçu un vaccin ou un autre produit ayant nécessité une visite à l'hôpital? Si oui, précisez à quel produit était liée cette réaction.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Trouble de la coagulation A-t-il ou a-t-il eu un trouble de la coagulation (p. ex. : thrombose, thrombocytopenie) nécessitant un suivi médical ou prend-il des médicaments anticoagulants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Produits immunisants ou sanguins Est-il dans l'une des deux situations suivantes : • Il a reçu un vaccin dans les 14 derniers jours. • Il a reçu un traitement contre la COVID-19 à l'hôpital dans les 90 derniers jours. Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, précisez le nom du traitement ou des vaccins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Légende :
S.O. : Sans objet
NSP : Ne sait pas

Nom et prénom de l'utilisateur	N° de dossier
--------------------------------	---------------

CONSENTEMENT (DÉCISION) DU PARENT OU DU TUTEUR

Comme parent ou tuteur d'un enfant de moins de 14 ans, vous devez prendre les décisions relatives à sa vaccination.

Les explications vous permettant de prendre une décision éclairée vous sont fournies dans le feuillet joint à ce formulaire.

Lorsque vous donnez votre consentement, il s'applique également à la deuxième dose du vaccin à ARN messager contre la COVID-19 (Pfizer).

Si votre enfant a déjà eu un test positif à la COVID-19, le vaccinateur décidera du nombre de doses requises après évaluation. Dans ce cas, il est possible qu'une seule dose soit nécessaire.

Indiquez si vous acceptez ou si vous refusez que votre enfant soit vacciné contre la COVID-19 avec le vaccin à ARN messager contre la COVID-19 (Pfizer).

À tout moment, vous pouvez modifier votre consentement.

JE CONSENS à ce que mon enfant reçoive la 1^{re} dose contre la COVID-19

JE CONSENS à ce que mon enfant reçoive la 2^e dose contre la COVID-19

JE REFUSE que mon enfant soit vacciné contre la COVID-19.

NE S'APPLIQUE PAS car mon enfant a déjà été vacciné.

Signature du parent ou du tuteur :		Date	Année	Mois	Jour
------------------------------------	--	------	-------	------	------

CONSENTEMENT - TRANSMISSION DES DONNÉES

Votre consentement est requis pour permettre au Centre de services scolaire de transmettre les données nécessaires pour la vaccination.

Je consens à ce que les données soient acheminées au Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue).

(nom de l'élève, date de naissance, noms des parents, courriel au dossier de l'élève, numéro de cellulaire des parents)