

Consentement aux vaccins obligatoires en milieu scolaire PGPCS 2025

Nom de l'école _____

Veillez écrire en majuscules à l'encre

Nom de l'élève (Nom de famille)	(Prénom)	(Initiale 2e prénom)	Date de naissance de l'élève ____/____/____ Classe ____ Sexe : _____
Nom du Parent/Tuteur (Nom de famille)	(Prénom)	(Initiale 2e prénom)	N° d'identité de l'élève
Adresse		Numéro du cellulaire/domicile	
Ville	Code postal	Adresse électronique	

L'un des énoncés suivants s'applique-t-il à votre enfant ? (Si vous répondez OUI à une question, votre enfant pourrait ne pas être vacciné.)

Oui Non

- A-t-il déjà souffert du syndrome de Guillain-Barré ?
- A-t-il eu une réaction grave à un vaccin dans le passé ?
- Souffre-t-il d'allergies graves à des médicaments, à des aliments, à un ingrédient contenu dans un vaccin ou au latex ? Si « oui », veuillez expliquer : _____
- A déjà eu des convulsions dans le passé ?

Nom du vaccin	Fabriquant	Date du VIS	Site	Voie d'administration	Numéro du lot
Tdap					
Méningococcique (MCV4)					
Hépatite B					
Polio					
MMR (ROUGEOLE, OREILLONS, RUBÉOLE)					
Dtap/Td					
Varicelle					

CONSENTEMENT DE PARTICIPATION À LA CLINIQUE DE VACCINATION DE PGCPS - VOUS DEVEZ SIGNER ICI POUR QUE VOTRE ENFANT SOIT VACCINÉ

En signant ce formulaire, je donne la permission à mon enfant d'être vacciné, à ma compagnie d'assurance d'être facturée pour le service, pour que le registre de vaccination soit mis à jour dans ImmuNet et au registre de vaccination du Maryland. De plus, je confirme que les informations ci-dessus sont exactes, et :

- (1) J'ai lu la notice d'information sur les vaccins pour chaque vaccin ou quelqu'un me l'a lue ;
- (2) Je comprends les risques et les avantages liés à l'administration du ou des vaccins que j'ai accepté pour mon enfant ; et
- (3) Toutes les questions que j'avais sur le(s) vaccin(s) ont reçu une réponse.
- (4) En fonction des disponibilités, le vaccin sera administré dans l'école de votre enfant ou dans un centre de santé scolaire (SBHC)
- (5) La signature autorise le transport de votre enfant vers un centre de santé communautaire pour l'administration du vaccin
- (6) PGCPS essayera de vacciner votre enfant, mais si l'enfant refuse, le parent sera responsable de trouver un autre endroit pour que son enfant puisse obtenir les vaccins.
- (7) La signature de ce formulaire n'empêche pas que votre enfant soit exclu en raison du non-respect des vaccinations.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la Procédure Administrative 5161. (<https://www.pgcps.org/offices/ograc/administrative-procedures/students--5000/ap-5161--immunizations>)

Signature du parent/tuteur légal _____ Date : ____/____/____

Si un consentement verbal est obtenu Date : ____/____/____ Heure : _____

Nom en majuscules et signature du témoin n°1 _____

Nom en majuscules et signature du témoin n°2 _____

**OFFICE USE ONLY
À L'USAGE DU BUREAU UNIQUEMENT**

Date VIS Given/Vaccine Administered Date d'administration du VIS/vaccin	Printed Name and Signature of Vaccine Administrator Nom en majuscules et signature de l'administrateur du vaccin	Notes Remarques