

École : _____

VÉRIFICATION DE L'ÉTAT VACCINAL

		M	F
Nom de l'enfant	Prénom	Sexe	

Date de naissance : |_____| |_____| |_____| An Ms Jr Numéro d'assurance-maladie |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____|

Date d'expiration |_____| |_____|
Année Mois

PÈRE : nom et prénom	MÈRE : nom et prénom

Adresse : _____

Code postal : _____ Téléphone à la résidence : _____

REFUS DE LA VACCINATION

À l'aide du carnet de vaccination, compléter les sections suivantes en indiquant bien les dates (année-mois-jour) d'administration des vaccins. En l'absence de carnet (ou autre attestation) vous pouvez obtenir les renseignements requis en communiquant avec le CLSC du territoire de résidence au moment où les vaccins ont été administrés.

Les pages sont à titre indicatifs et selon l'édition du carnet de santé du Québec

IMMUNISATION			
Diphtérie, Coqueluche, Tétanos, Polio, Heamophilus Influenzae Type B et Hépatite B			
VACCINS (inscrire le vaccin reçu)	DATE		
	Année	Mois	Jour
DCaT-HB-VPI-Hib (2 mois)			
DCaT-HB-VPI-Hib (4mois)			
DCaT-VPI-Hib (6 mois)			
DCaT-HB-VPI-Hib (18 mois)			
dcaT-VPI (4-6 ans)			
IMMUNISATIONS			
Pneumocoque,			
VACCINS (inscrire le vaccin reçu)	DATE		
	Année	Mois	Jour
Pneu-C (2 mois)			
Pneu-C (4 mois)			
Pneu-C (12 mois)			
Autres			
Meningocoque,			
VACCINS	Année	Mois	Jour
Men-C			
Autres			

IMMUNISATION			
Rougeole-Rubéole-Oreillons,			
VACCINS (inscrire le vaccin reçu)	DATE		
	Année	Mois	Jour
RRO ou MMR (12 mois)			
RRO ou MMR			
RROVAR (18 mois)			
Varicelle, L'enfant a-t-il fait la varicelle ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Âge : _____			
VARICELLE (4-6 ans)			
AUTRES VACCINATIONS			
(inscrire le vaccin reçu)			
VACCINS	DATE		
	Année	Mois	Jour

Validation faite par _____

Numéro de Panorama : _____