



CNM15006-D

No dossier

Nom

Prénom

DDN

NAM

Exp.

Classification :

AUTHORIZATION OF VACCINATION SECONDARY 3

School: Kester B Pearson Home room : _____

THE PERSON TO BE VACCINATED MUST BRING THIS COMPLETED FORM AND HIS VACCINATION BOOKLET

1. IDENTIFICATION OF THE PERSON TO BE VACCINATED (IN BLOCK LETTERS)

Last name	First name	Sex ☐ M ☐ F	Date of birth
Health insurance number		Expiration	
Address			Postal code
Last name of parent 1 (mother/father)		First name of parent 1 (mother/father)	
Last name of parent 2 (mother/father)		First name of parent 2 (mother/father)	
		Phone number	
		Phone number	

2. MEDICAL INFORMATION ABOUT THE PERSON TO VACCINATE

Has the person to vaccinate have had :

- Varicella ? ☐ Yes At what age : _____ ☐ No ☐ Unknown
- Boostrix^{md} or Adacel-Polio^{md} (Tdap) vaccine within the past 5 years? ☐ Yes Year : AAAA ☐ No ☐ Unknown
- Meningitis vaccine received after the age of 10 ? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown
- Vaccine received in the past ? If yes, which one: _____
- Serious allergic reaction that required emergency medical care? ☐ Yes ☐ No
If yes, specify to what: _____
- Immune system problem (leukaemia, chemotherapy, others)? ☐ Yes ☐ No
- Blood transfusion or immune globulin injection in the past 11 months? ☐ Yes ☐ No
If yes, which one(s): _____

3. CONSENT

I have read the information on the diseases, vaccines and side effects included with this form. If needed, I have contacted the school nurse or my CLSC to get answers to my questions.

Consent (or refusal) of vaccination : please check at the appropriate places :

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|---|
| ☐ I consent | ☐ I refuse | vaccination against diphtheria, pertussis, tetanus (Tdap) |
| ☐ I consent | ☐ I refuse | vaccination against Meningococcal serogroup C |
| ☐ I consent | ☐ I refuse | any other vaccine necessary : Varicella, Mumps and Rubella (MMR), Hepatitis A, Hepatitis B, Polio, etc. |
| ☐ I consent | ☐ I refuse | vaccination against human papillomavirus (HPV) |

HPV vaccine previously received: ☐ 1st dose ☐ 2nd dose

Date (YYYYMMDD) : _____

Parent/legal guardian's first and last name if under 14 years old : _____

Signature : _____ Date (YYYYMMDD) : _____



CNM15006-D

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

À L'USAGE DU VACCINATEUR	AAAAAMJJ	AAAAAMJJ	AAAAAMJJ
A compléter le jour de la vaccination:	1ère visite	2e visite	3e visite
Est-ce que la personne à vacciner:			
• Section 2 revalidée	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
• Est enceinte?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
• Fait de la fièvre?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
• A reçu un vaccin depuis un mois?	☐ Oui ☐ Non Si oui, lequel? _____	☐ Oui ☐ Non Si oui, lequel? _____	☐ Oui ☐ Non Si oui, lequel? _____
Preuve de vaccination	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
VACCINS	HH:MM	HH:MM	HH:MM
dcaT ☐ BOOSTRIX 0,5 mL IM ☐ ADACEL 0,5 mL IM ☐ Refus	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non
dcaT-VPI ☐ BOOSTRIX-Polio 0,5 mL IM ☐ ADACEL-Polio 0,5 mL IM ☐ Refus	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non
Men C-C (Menjugate) ☐ Menjugate 0,5 mL IM ☐ NeisVac-C 0,5 mL IM ☐ Refus	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non
VPH ☐ Refus	Lot _____ ☐ Gardasil 9 0,5 mL IM ☐ Cervarix 0,5 mL IM ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non	Lot _____ ☐ Gardasil 9 0,5 mL IM ☐ Cervarix 0,5 mL IM ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non	Lot _____ ☐ Gardasil 9 0,5 mL IM ☐ Cervarix 0,5 mL IM ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non
RRO Priorix ☐ Priorix 0,5 mL SC ☐ MMR-II 0,5 mL SC ☐ Refus	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non
RROVar (Proquad) ☐ 0,5 mL S/C ☐ Refus	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non
Var ☐ Varivax 0,5 mL SC ☐ Refus	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non
HB (Engerix-B) ☐ Engerix-B 0,5 mL IM ☐ Recombivax HB 0,5mL IM ☐ Refus	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non
HAHB ☐ Twinrix 0,5 mL IM ☐ Refus	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non
VPI ☐ Imovax-Polio 0,5 mL SC ☐ Refus	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non	Lot _____ ☐ BG ☐ BD Complet ☐ Oui ☐ Non
Nom et prénom de l'infirmière Signature de l'infirmière No de permis			