



Thunder Bay District
Health Unit

FORMULAIRE D'IMMUNISATION POUR L'ENTRÉE À L'ÉCOLE

Selon la loi, le Bureau de santé du district de Thunder Bay doit tenir un dossier d'immunisation pour chaque enfant d'âge scolaire du district. **En tant que parent, vous avez la responsabilité de remettre au bureau de santé un dossier complet d'immunisation de votre enfant.** Vous pouvez aussi soumettre le record de vaccin de votre enfant @ www.updatevaccinerecord.com. **Les bureaux de médecin, les cliniques ou d'autres bureaux de santé provinciaux ne fournissent pas ces dossiers.** Si vous avez des préoccupations, communiquez avec le Programme d'immunisation du Bureau de santé au 625-5971.

VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS :

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____ Sexe : M F
année / mois / jour

Est-ce que votre enfant a déjà eu un autre nom de famille? Si oui, veuillez l'indiquer _____.

Adresse : _____ Code postal : _____

Téléphone : (maison) _____ (travail) _____

Nom (parent ou tuteur) : _____ Nom de la garderie : _____

Médecin de famille : _____

Remplissez le tableau ci-dessous ou joignez une photocopie du dossier d'immunisation de votre enfant :

Date			Diphtheria	Pertussis ¹	Tetanus ²	Polio - IPV	Polio - OPV	Hib ³	Measles	Mumps	Rubella ⁴	Hepatitis B	Varicella ⁵	Men C conjugué ⁶	Pneumo conjugué ⁷
Année	Mois	Jour	Diphthérie	Coqueluche	Tétanos	Poliovirus - VPI	Poliovirus - VPO		Rougeole	Oreillons	Rubéole	Hépatite B	Varicelle	Mén. C conjugué	Antipneumoc. conjugué

Note : Inscrire « O » si le vaccin la polio a été administré par voie orale.

¹ Coqueluche
² Tétanos
³ Hib – Haemophilus influenza B
⁴ Rubéole
⁵ Varicelle
⁶ Mén. C – Méningocoque C conjugué
⁷ Pneu. C – Pneumocoque conjugué

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE
D'ICI LE 30 MARS 2012
 AU BUREAU DE SANTÉ DU DISTRICT DE THUNDER BAY DE VOTRE RÉGION.
Ne retournez pas ce formulaire à l'école.

RENSEIGNEMENTS POUR LES PARENTS : VACCINATION OBLIGATOIRE

Les enfants qui fréquentent une garderie, une garderie agréée et une école doivent être vaccinés selon le calendrier de vaccination recommandé pour leur âge.

CALENDRIER DE VACCINATION PENDANT L'ENFANCE

VACCINATION SYSTÉMATIQUE		VACCINATION FACULTATIVE						
Âge	Vaccin	MEN	ROTA VIRUS	PREV	VAR	HB	VPH	MEN ACYW135
2 mois	DCT-polio, Hib		X	X				
4 mois	DCT-polio, Hib		X	X				
6 mois	DCT-polio, Hib							
12 mois + (après le 1 ^{er} anniversaire)	ROR	X		X				
15 mois					X			
18 mois	DCT-polio, Hib / ROR							
4-6 ans	DCT-polio							
7 ^e année						X 2		X
8 ^e année							X 3	
14-16 ans	dTca ou Td							

- DCT-polio = diphtérie, coqueluche, tétanos, polio
- Hib = Haemophilus influenza de type B (méningite)
- ROR = rougeole, oreillons, rubéole
- PREV = Prevnar
- dTca = diphtérie, tétanos et coqueluche acellulaire / Td = tétanos, diphtérie
- HB = hépatite B
- MEN = méningocoque de type C – une dose de mén. C est administrée gratuitement à 1 an si elle n'a pas été administrée avant
- ROTA VIRUS = Rotavirus
- VPH = virus du papillome humain
- VAR = varicelle (ce vaccin et ROR peuvent être administrés le même jour APRÈS le 1^{er} anniversaire ou au moins à 1 mois d'intervalle)
- MEN ACYW135 = méningocoque de souche C

Il incombe aux parents d'informer le bureau de santé des vaccins administrés à leur enfant. *Donnez le nom du vaccin, la date de l'administration et le nom du médecin qui l'a administré.*

SI VOTRE ENFANT A OU A DÉVELOPPÉ UNE ALLERGIE, UNE SENSIBILITÉ AUX MÉDICAMENTS OU UNE MALADIE IMPORTANTE, VEUILLEZ AVERTIR IMMÉDIATEMENT VOTRE MÉDECIN DE FAMILLE OU LE BUREAU DE SANTÉ.

Si votre enfant a été vacciné selon le calendrier recommandé, des doses de rappel supplémentaires pour le tétanos lors d'une blessure ne sont généralement pas nécessaires.

Le Bureau de santé peut accorder une exemption pour des raisons médicales, religieuses ou de conscience. Au besoin, appelez le Bureau de santé au 625-5971 pour prendre rendez-vous avec le commissaire aux affidavits.

Les renseignements personnels figurant sur ce formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, telle que modifiée et de la *Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée*, L.R.O. 1990. Ces renseignements serviront à des fins de dépistage, d'évaluation, de gestion, de traitement et de production de rapports. Les questions concernant la collecte de ces renseignements devraient être adressées au coordonnateur de l'accès à l'information municipale et de la protection de la vie privée, Bureau de santé du district de Thunder Bay, 999, rue Balmoral, Thunder Bay (Ontario) P7B 6E7. Téléphone : 807 625-8818.