

Consentement à l'administration du vaccin Menactra® Contre le méningocoque des groupes A, C, Y et W-135

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE ET LE RETOURNER À L'ÉCOLE DE VOTRE ENFANT.

Nom de famille de l'élève _____ Prénom _____

Date de naissance (AA-MM-JJ) _____ Âge _____ Garçon Fille

École _____ Année d'études _____ Classe _____

Nom de parent/tuteur _____ Rapport _____

Téléphone à la maison _____ Journée Contacter _____

Le vaccin contre le méningocoque est administré en une dose par l'entremise d'un programme d'immunisation volontaire en milieu scolaire. Veuillez lire la feuille de renseignements ci-jointe sur la méningococcie. Pour obtenir d'autres renseignements, appelez le 625-5971 ou visitez le TBDHU.COM.

Si un des vaccins indiqués ci-dessous a déjà été administré, indiquez les dates.

Menactra® Date _____ Menomune® Date _____

VEUILLEZ COCHER UNE SEULE CASE ET SIGNER CI-DESSOUS.

Oui, veuillez administrer le vaccin Menactra® contre le méningocoque des groupes A, C, Y et W-135 à mon enfant. J'ai lu, ou on m'a expliqué, les renseignements ci-joints au sujet du vaccin, de ses bienfaits, de ses effets secondaires et des risques possibles de l'immunisation. On a répondu à mes questions à ma satisfaction.

Ce consentement est valide jusqu'à ce que votre enfant termine sa 8^e année d'études.

Non, je ne consens pas à ce que le vaccin Menactra® contre le méningocoque des groupes A, C, Y et W-135 soit administré à mon enfant.

X _____
Signature – parent/tuteur _____ Date _____

NURSE USE ONLY

Vaccine administered : Menactra® A, C, Y, W-135 0.5 mL IM

Date _____ Time _____ Deltoid LT RT Signature _____