

**PLEASE COMPLETE SECTIONS 1 AND 2**

SECTION 1 : STUDENT'S PERSONAL INFORMATION					
SCHOOL		GRADE		TEACHER (HOMEROOM)	
LAST NAME			FIRST NAME		DATE OF BIRTH (YYYY / MM / DD)
BIRTH GENDER <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	MEDICARE #		NAME OF PARENT / LEGAL GUARDIAN		
DAYTIME PHONE (work or home) <input type="checkbox"/> CELL		OTHER DAYTIME PHONE <input type="checkbox"/> CELL		PARENT'S / LEGAL GUARDIAN'S EMAIL	
<b>A L E R T</b>	DOES YOUR CHILD HAVE ALLERGIES? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES*				
	*IF YES, TO WHAT AND WHAT TYPE OF REACTION:				
	DOES YOUR CHILD HAVE A HEALTH PROBLEM? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES*				
	*PLEASE EXPLAIN:				
	DOES YOUR CHILD TAKE ANY MEDICATIONS? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES*				
*PLEASE LIST:					
HAS YOUR CHILD RECEIVED a COVID-19 VACCINE? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES*					
*IF YES DATE OF COVID VACCINE :					

SECTION 2 : PARENT / GUARDIAN CONSENT	
<b>For the two vaccines, check YES or NO, sign and date.</b>	
Your signature will confirm the following:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>I have read the information I was given on the Meningococcal and the Varicella vaccines.</li> <li>I understand the benefits and possible reaction(s) for each vaccine and the risk of not getting immunized.</li> </ul>	
If you have any questions, please call your local Public Health office.	

Meningococcal (A, C, Y, W-135) Vaccine – 1 dose	
<input type="checkbox"/> YES, vaccinate my child.	
<input type="checkbox"/> NO, do not vaccinate my child.	
If no, please specify : _____	
Signature of parent/legal guardian ➔	Date (YYYY / MM / DD)

Varicella (chickenpox) Vaccine – 1 dose	
<input type="checkbox"/> YES, vaccinate my child.	
<input type="checkbox"/> NO, do not vaccinate my child.	
If no, please specify : _____	
Signature of parent/legal guardian ➔	Date (YYYY / MM / DD)

**FOR PUBLIC HEALTH NURSE USE ONLY**

SECTION 3 : TO BE COMPLETED BY PUBLIC HEALTH NURSE							
	Lot #	Site	Route	Dosage	Date (YYYY/MM/DD)	Time	Signature
<b>Meningococcal Quad (A,C,Y,W-135)</b>		<input type="checkbox"/> Right arm <input type="checkbox"/> Left arm	<input type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> 0.5 mL			
<input type="checkbox"/> NIMENRIX <input type="checkbox"/> MENVEO <input type="checkbox"/> MENJUGATE							
<b>Varicella (chickenpox)</b>		<input type="checkbox"/> Right arm <input type="checkbox"/> Left arm	<input type="checkbox"/> SC	<input type="checkbox"/> 0.5 mL			
<input type="checkbox"/> VARILRIX <input type="checkbox"/> VARIVAX III							

**SECTION 4: PERSONAL IMMUNIZATION RECORD**  
 This section is to be completed by the Public Health nurse. These immunization records will be given to your child after their immunization. Please keep these records with your child's personal health files.

Meningococcal Quadrivalent (A, C, Y, W-135) Vaccine	
STUDENT'S NAME	
DOB (YYYY / MM / DD)	MEDICARE #
NAME OF VACCINE:	DATE (YYYY / MM / DD)
<input type="checkbox"/> NIMENRIX <input type="checkbox"/> MENVEO <input type="checkbox"/> MENJUGATE	TIME
NURSE'S SIGNATURE	

Varicella (chickenpox) Vaccine	
STUDENT'S NAME	
DOB (YYYY / MM / DD)	MEDICARE #
NAME OF VACCINE:	DATE (YYYY / MM / DD)
<input type="checkbox"/> VARILRIX <input type="checkbox"/> VARIVAX III	TIME
NURSE'S SIGNATURE	

VEUILLEZ REMPLIR LES SECTIONS 1 ET 2

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR L'ÉLÈVE			
ÉCOLE		ANNÉE	PROFESSEUR TITULAIRE (CLASSE-FOYER)
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)
SEXE À LA NAISSANCE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N° D'ASSURANCE-MALADIE	NOM DU PARENT/TUTEUR LÉGAL	
TÉLÉPHONE LE JOUR (travail ou domicile) <input type="checkbox"/> CELL.	AUTRE TÉLÉPHONE LE JOUR <input type="checkbox"/> CELL.	COURRIEL DU PARENT/TUTEUR LÉGAL	
A L E R T E	VOTRE ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI*		
	*SI C'EST LE CAS, À QUOI EST-IL ALLERGIQUE ET QUEL TYPE DE RÉACTION A-T-IL? :		
	VOTRE ENFANT A-T-IL UN PROBLÈME DE SANTÉ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI*		
	*VEUILLEZ PRÉCISER:		
	VOTRE ENFANT PREND-IL DES MÉDICAMENTS? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI*		
*VEUILLEZ LES ÉNUMÉRER :			
VOTRE ENFANT A-T-IL REÇU LE VACCIN CONTRE LE COVID-19? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI*			
*SI C'EST LE CAS, INSCRIRE LA DATE DE LA DERNIÈRE DOSE :			

SECTION 2 : CONSENTEMENT DU PARENT/TUTEUR	
<p>Pour les deux vaccins ci-dessous, cochez OUI ou NON, signez et indiquez la date.</p> <p>En signant, vous confirmez que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>vous avez lu l'information qui vous a été donnée sur les vaccins contre le méningocoque et la varicelle;</li> <li>vous avez compris les avantages et les réactions possibles pour chaque vaccin, ainsi que le risque de ne pas se faire immuniser.</li> </ul> <p>Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec votre bureau local de Santé publique.</p>	

Vaccin contre le méningocoque (A, C, Y, W-135) – 1 dose	
<input type="checkbox"/> OUI, vaccinez mon enfant. <input type="checkbox"/> NON, ne vaccinez pas mon enfant. Si non, veuillez préciser : _____	
Signature du parent/tuteur légal ➔	Date (AAAA-MM-JJ)

Vaccin contre la varicelle – 1 dose	
<input type="checkbox"/> OUI, vaccinez mon enfant. <input type="checkbox"/> NON, ne vaccinez pas mon enfant. Si non, veuillez préciser : _____	
Signature du parent/tuteur légal ➔	Date (AAAA-MM-JJ)

SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE EN SANTÉ PUBLIQUE							
SECTION 3 : DOIT ÊTRE REMPLIE PAR L'INFIRMIÈRE EN SANTÉ PUBLIQUE							
	N° de lot	Site	Voie	Dose	Date (AAAA-MM-JJ)	Heure	Signature
<b>Quad. contre le méningocoque (A, C, Y, W-135)</b> <input type="checkbox"/> NIMENRIX <input type="checkbox"/> MENVEO <input type="checkbox"/> MENJUGATE		<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche	<input type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> 0,5 ml			
<b>Varicelle</b> <input type="checkbox"/> VARILRIX <input type="checkbox"/> VARIVAX III		<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche	<input type="checkbox"/> SC	<input type="checkbox"/> 0,5 ml			

SECTION 4 : FICHE D'IMMUNISATION PERSONNELLE	
Cette section doit être remplie par l'infirmière en Santé publique. Ces fiches d'immunisation seront remises à votre enfant après son immunisation. Veuillez garder ces fiches avec les renseignements personnels sur la santé de votre enfant.	

Vaccin quadrivalent contre le méningocoque (A, C, Y, W-135)	
NOM DE L'ÉLÈVE	
DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)	N° D'ASSURANCE-MALADIE
NOM DU VACCIN :	DATE (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> NIMENRIX <input type="checkbox"/> MENVEO <input type="checkbox"/> MENJUGATE	HEURE
SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE	

Vaccin contre la varicelle	
NOM DE L'ÉLÈVE	
DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)	N° D'ASSURANCE-MALADIE
NOM DU VACCIN :	DATE (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> VARILRIX <input type="checkbox"/> VARIVAX III	HEURE
SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE	