

DOSSIER DE VACCINATION D'ÉLÈVE

Instructions destinées aux parents : veuillez remplir et rendre à l'école dans les **30 jours suivant l'admission**. Les lois de l'État exige que chaque élève des écoles publiques et privées présentent une preuve écrite de leur vaccination contre certaines maladies **dans les 30 jours suivants l'admission**. Les exigences spécifiques actuelles relatives à l'âge/la classe sont disponibles auprès des écoles et des départements locaux de la santé. Une dérogation ne peut être accordée qu'en cas de remise à l'école d'une renonciation pour raisons de santé, de religion ou de convictions personnelles. Ce formulaire a pour objet d'évaluer la conformité à la loi et ne sera utilisé qu'à cette fin. En cas de question concernant la vaccination ou le moyen de remplir ce formulaire, veuillez contacter l'école de votre enfant ou le département local de la santé.

Étape 1 **Données personnelles** **Veuillez écrire en caractères d'imprimerie**

Nom de l'élève	Date de naissance (MM/JJ/AAAA)	Genre	École	Classe	Année scolaire
Nom du parent/gardien/tuteur légal		Adresse (rue, ville, État, code postal)		Téléphone	

Étape 2 **Historique de vaccination**

Veuillez indiquer la date (**jour, mois et année**) à laquelle votre enfant a reçu chacun des vaccins suivants. Si vous n'avez pas le carnet de vaccination de cet élève, contactez votre médecin ou le département de santé publique pour l'obtenir. Vous pouvez aussi avoir recours au Registre des vaccinations du Wisconsin : <https://www.dhfs.wisconsin.gov/PR/clientSearch.do?language=en>

Type de vaccin*	Première dose MM/JJ/AAAA	Deuxième dose MM/JJ/AAAA	Troisième dose MM/JJ/AAAA	Quatrième dose MM/JJ/AAAA	Cinquième dose MM/JJ/AAAA
DTaP/DTP/DT/Td (diphtérie, tétanos et poliomyélite)					
Rappel pour adolescent (cochez la case adéquate) ☐ Tdap ☐ Td					
Polio					
Hépatite B					
MMR (rougeole, rubéole et oreillons)					
Varicelle					
Infections à méningocoque (séro groupe ACWY)					
Les élèves qui sont certains d'avoir déjà eu la varicelle ne doivent pas obligatoirement se faire vacciner contre la varicelle. Signature d'un médecin, assistant ou infirmière praticienne requise. ☐ J'atteste que cet(te) élève a déjà eu la varicelle.			Votre enfant a-t-il fait un test sanguin (titre) révélant l'immunité (via la maladie ou la vaccination) à l'une des maladies ci-dessous ? Veuillez cocher toutes les cases pertinentes. ☐ Varicelle ☐ Rougeole ☐ Oreillons ☐ Rubéole ☐ Hépatite B Si oui , veuillez fournir le(s) rapport(s) de laboratoire		
SIGNATURE – Prestataire de soins de santé Date de signature					

Étape 3 **Exigences**

Veuillez consulter les exigences relatives à l'âge/la classe pour l'année scolaire en cours afin de déterminer si l'élève répond aux exigences.

Étape 4 **Données de conformité**

L'élève répond à toutes les exigences
Signez à l'Étape 5 et remettez ce formulaire à l'école.

OU

L'élève ne répond pas à toutes les exigences
Cochez la case adéquate ci-dessous, signez à l'Étape 5 et remettez ce formulaire à l'école. **Notez que les élèves qui n'ont pas reçu tous les vaccins peuvent être exclus de l'école en cas d'épidémie de l'une de ces maladies.**

☐ Bien que mon enfant n'ait **pas** reçu **toutes** les doses de vaccin requises, la ou les **premières doses** ont été administrées. Je suis conscient(e) que la ou les **deuxièmes doses** doivent être administrées avant le 90^e jour de cours après l'admission à l'école cette année, et que la ou les **troisièmes et quatrièmes doses**, si nécessaires, doivent être reçues avant le 30^e jour de cours de l'année suivante. Je suis également conscient(e) qu'il est de ma responsabilité d'avertir l'école par écrit dès que mon enfant reçoit une dose d'un vaccin requis.

Remarque : le non respect des échéances peut entraîner le renvoi de l'école, une action en justice et/ou une sanction.

Renoncations (À l'Étape 2 ci-dessus, indiquez les dates de vaccination de votre enfant)

☐ **Pour des raisons de santé**, cet(te) élève n'a pas reçu les vaccins suivants _____

SIGNATURE – Médecin Date de signature

☐ **Pour des motifs religieux**, j'ai décidé que cet(te) élève ne recevra pas les vaccins suivants (veuillez cocher toutes les cases pertinentes)
☐ DTaP/DTP/DT/Td ☐ Tdap ☐ Polio ☐ Hépatite B ☐ MMR (rougeole, rubéole et oreillons) ☐ Varicelle ☐ MenACWY

☐ **Pour des convictions personnelles**, j'ai décidé que cet(te) élève ne recevra pas les vaccins suivants (veuillez cocher toutes les cases pertinentes)
☐ DTaP/DTP/DT/Td ☐ Tdap ☐ Polio ☐ Hépatite B ☐ MMR (rougeole, rubéole et oreillons) ☐ Varicelle ☐ MenACWY

Étape 5 **Signature**

À ma connaissance, ce formulaire est complet et correct. Cochez une case : (**J'autorise** ☐ **Je n'autorise pas** ☐) le partage du dossier de vaccination de mon enfant et de ses mises à jour à l'avenir avec le Registre des vaccinations du Wisconsin (WIR). Je comprends que je peux révoquer mon consentement à tout moment en envoyant un avis par écrit au district scolaire. Après la date de la révocation, le district scolaire ne transmettra pas de nouveau dossier ou de mise à jour au WIR.

SIGNATURE - Parent/gardien/tuteur légal ou Élève adulte Date de signature