

## FORMULAIRE 2

### QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

**⚠ Concerne les élèves de 12 ans et plus non vaccinés contre la covid-19**

**et dont l'un des parents ou l'un des représentants légaux**

**a donné préalablement son autorisation de vaccination suivant LE FORMULAIRE 1 de recensement**

**DOCUMENT À DÉPOSER AU BUREAU DE LA VIE SCOLAIRE SOUS PLI FERMÉ  
A L'ATTENTION DE L'INFIRMIÈRE SCOLAIRE**

Je soussigné(e) : (l'un des deux parents ou des représentant légaux donne son autorisation)

Parent ou responsable légal : .....

en qualité de parent exerçant l'autorité parentale / tuteur légal (Veuillez rayer la mention inutile)

**Renseignements médicaux confidentiels relatifs à l'enfant à vacciner :**

**Document à remettre sous pli fermé en précisant sur l'enveloppe le nom, le prénom et la classe de l'élève.**

Avez-vous un <b>test positif</b> (PCR ou antigénique) dans les trois derniers mois ? <b>Si oui, venir avec le résultat du test daté.</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous reçu un vaccin au cours des 3 dernières semaines ? Si oui lequel et à quelle date :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Votre enfant a-t-il des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité (réaction) à certaines substances ou d'autres vaccins ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Présentez-vous des troubles de la coagulation ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous fait un syndrome inflammatoire multi systémique pédiatrique (PIMS) à la suite d'une infection par le SARS-COV-2 ou d'une première injection ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si votre enfant prend un traitement, lequel ? :		

Nom de l'élève : ..... Prénom de l'élève : .....

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Classe : .....

**N° de sécurité sociale : (voir votre carte 'VITALE') Obligatoire pour la remise du Pass sanitaire**

Parent 1 : | | | | | | | | | | / / | | Parent 2 : | | | | | | | | | | / / | |

**Autorise** la vaccination de l'enfant désigné(é) ci-dessus contre la Covid-19 :  **Oui**  **Non**  
**et déclare avoir pris connaissance de la notice explicative jointe.**

Fait à ..... Le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Signature(s) parent(s) / tuteur(s)

**PAGE RÉSERVÉE AU SERVICE MÉDICAL DE VACCINATION  
DOCUMENT À RENSEIGNER PAR L'ÉQUIPE DE VACCINATION**

Avez-vous un test positif (PCR ou antigénique) dans les trois derniers mois ? Si oui, venir avec le résultat du test daté.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous reçu un vaccin au cours des 3 dernières semaines ? Si oui lequel et à quelle date:	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Votre enfant a-t-il des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité (réaction) à certaines substances ou d'autres vaccins ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Présentez-vous des troubles de la coagulation ? Si oui laquelle :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous fait un syndrome inflammatoire multi systémique pédiatrique (PIMS) à la suite d'une infection par le SARS-COV-2 ou d'une première injection ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si votre enfant prend un traitement, lequel ? :		

Je, soussigné(e) avoir transmis à mon patient toutes les informations liées à la vaccination pour la COVID-19, et l'avoir vacciné pour : |1<sup>ère</sup>| |2<sup>ème</sup>| injection avec le vaccin : PFIZER  MODERNA  issu du lot : \_\_\_\_\_  
 Le vaccin a été administré par : Injection intramusculaire dans le : Bras Gauche  ou Bras Droit   
 Je l'ai informé que sa prochaine injection devrait avoir lieu à partir du : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**Identification du vaccinateur  
(Nom et prénom)**

.....

Identifiant : : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature du vaccinateur :**

**Observations :**