

September 2022

### Grade 7 Public Health School Immunization Clinics

Dear Parent/Guardian:

Horizon Health Network Public Health will be offering the following two vaccines to all grade 7 students this year:

1. **HPV** (protection against Human Papillomavirus) in two doses, six months apart.
2. **Tdap** (protection against whooping cough, diphtheria and tetanus) in one dose.

The date for the clinic at **George Street Middle School** will be **November 4, 2022**.  
The date for the second HPV vaccine is **May 12, 2023**.

Please:

1. Read the enclosed information for both vaccines.
2. Complete the consent/refusal form. A signature is required for each vaccine on this form.
3. Return the consent form to your child's homeroom teacher by **September 26, 2022**. This should be returned whether the student is being immunized or not.

If you have any questions, please contact the Public Health office at 453-8252 or [lvimmu@gnb.ca](mailto:lvimmu@gnb.ca).

Sincerely,

Jamie Laking, R.N., B.N.  
Immunization Team Lead



Septembre 2022

## Cliniques d'immunisation de la Santé publique pour les élèves de la 7<sup>e</sup> année

Madame,  
Monsieur,

Cette année, la Santé publique du Réseau de santé Horizon offre les deux vaccins suivants à tous les élèves de la 7<sup>e</sup> année :

1. VPH (offre une protection contre virus du papilloma humain) administré en deux doses sur une période de six mois.
2. dcaT (offre une protection contre la coqueluche, la diphtérie et le tétanos) — administré en une seule dose.

Les cliniques de vaccination à **George Street Middle School** auront lieu **le 4 novembre, 2022**. La deuxième clinique de vaccination contre le VPH aura lieu **le 12 mai, 2023**.

### S'il vous plaît :

1. Lire l'information ci-jointe concernant chacun des deux vaccins.
2. Remplir le formulaire de consentement ou de refus. Votre signature est requise pour chacun des deux vaccins qui figurent sur le formulaire.
3. Veuillez retourner le formulaire de consentement dûment rempli à l'enseignant titulaire de votre enfant au plus tard **le 26 septembre 2022**. Vous devez remplir et retourner le formulaire même si vous décidez de ne pas faire immuniser votre enfant.

**Pour toute question, veuillez communiquer avec le bureau de la Santé publique au 453-8252 ou [lvimmu@gnb.ca](mailto:lvimmu@gnb.ca).**

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Jamie Laking, R.N., B.N.  
Responsable de l'équipe d'immunisation



# Protect your child against tetanus, diphtheria and pertussis

For Grade 7 students



## Why your child should get the tetanus, diphtheria and pertussis (Tdap) vaccine...

- The Tdap vaccine protects against three diseases: tetanus (lockjaw), diphtheria and pertussis (whooping cough).
- Early childhood vaccines against pertussis (whooping cough) tend to wear off during adolescence therefore, a booster dose is needed..
- To help reduce the incidence of pertussis (whooping cough) in the population and protect babies that are not fully immunized.

### Who should get this vaccine?

Grade 7 students.

### Who should NOT get this vaccine?

- Individuals allergic to any part of the vaccine or its packaging.
- Individuals who have already received the vaccine at age 12 or older.

## What you should know about tetanus, diphtheria and pertussis disease ...

- **Tetanus** is caused by bacteria found in dirt, rust, manure and human feces. An individual becomes infected when bacteria enter an open cut.
- **Diphtheria** is caused by bacteria that infect the nose and throat. These bacteria release a poison that causes the disease symptoms. Diphtheria is spread by coughing and sneezing.
- **Pertussis** is caused by bacteria and begins like or in the same way as a cold. Pertussis is spread by coughing and sneezing.

### Possible Symptoms of the diseases

Tetanus	Diphtheria	Pertussis
<ul style="list-style-type: none"> <li>- muscle spasms</li> <li>- convulsions</li> <li>- sometimes death</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- breathing problems</li> <li>- heart failure</li> <li>- paralysis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- severe coughing</li> <li>- choking</li> <li>- whooping cough</li> <li>- vomiting spells (lasting weeks or months)</li> <li>- sometimes death</li> </ul>

## What you should know about the Tdap vaccine...

### The vaccine...

- is **SAFE** and very effective in preventing disease;
- protects against these three diseases in one needle.

### What to expect following tetanus, diphtheria and pertussis immunization...

- **Common side effects** are pain, redness, and swelling at the injection site, mild headache, fever and body aches.

**Please note:** As is the case with any vaccine, there is a small risk that a serious allergic reaction can occur. **Therefore, students are asked to remain on site for at least 15 minutes after the vaccine is given so that possible immediate reactions can be monitored and treated.**

### How to treat fever and pain...

- A cold compress on the injection site may reduce discomfort.
- You may give your child *acetaminophen* (e.g., Tylenol®) or *ibuprofen* (e.g., Advil®).
- **NEVER** give *Acetylsalicylic acid* (ASA or Aspirin®) to children younger than 18 years because it can cause a severe liver and brain disease called Reye's syndrome.

### What else you should know...

- If your child has a fever or illness other than a minor cold, the nurse may delay giving this vaccine.
- If your child's immune system is affected by illness, steroid medication or cancer treatments, the decision to immunize must be made in consultation with your family physician.
- If your child has had an allergic reaction to a vaccine in the past, or if you have any questions, please contact your local Public Health office.
- Adverse reactions especially severe or unusual reactions in the four weeks following immunization should be reported to the local Public Health office. Please see your doctor if your child has a severe reaction.
- Contact your health care provider if you have questions about immunization.
- Further information is available at [gnb.ca/publichealth](http://gnb.ca/publichealth)

# Protégez votre enfant contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos

## Pour les élèves de 7e année



### Pourquoi votre enfant devrait-il recevoir le vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (dcaT)?

- Le vaccin dcaT protège contre trois maladies: la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (mâchoire barrée).
- Le vaccin contre la coqueluche (toux coquelucheuse) donné aux jeunes enfants a tendance à perdre son efficacité à l'adolescence. Par conséquent, une dose de rappel est nécessaire.
- Pour aider à réduire l'incidence de coqueluche (toux coquelucheuse) dans le grand public et à protéger les bébés qui ne sont pas complètement immunisés.

### Qui devrait se faire vacciner?

- Les élèves de 7e année.

### Qui ne devrait PAS recevoir ce vaccin?

- Les personnes qui sont allergiques à un des composants du vaccin ou de son contenant.
- Les personnes qui ont déjà reçu le vaccin à 12 ans ou plus.

### Ce que vous devriez savoir sur la diphtérie, la coqueluche et le tétanos ...

- La diphtérie est causée par une bactérie qui infecte le nez et la gorge. Cette bactérie libère un poison qui déclenche les symptômes de la maladie. La diphtérie se propage par la toux et les éternuements.
- La coqueluche est causée par une bactérie et se manifeste un peu comme un rhume. La maladie se propage par la toux et les éternuements.
- Le tétanos est causé par une bactérie qu'on trouve dans la terre, dans la rouille, dans le fumier et dans les excréments humains. Une personne contracte la maladie lorsque la bactérie s'introduit dans une plaie ouverte.

### Symptômes possibles de les maladies

Diphtérie	Coqueluche	Tétanos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- troubles respiratoires</li> <li>- insuffisance cardiaque</li> <li>- paralysie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- toux violente</li> <li>- étouffement</li> <li>- toux coquelucheuse</li> <li>- épisodes de vomissements (pouvant durer des semaines ou des mois)</li> <li>- mort (dans certains cas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- spasmes musculaires</li> <li>- convulsions</li> <li>- mort (dans certains cas)</li> </ul>

### Ce que vous devriez savoir sur le vaccin dcaT...

- est **SÉCURITAIRE** et très efficace pour la prévention des maladies;
- une injection protège contre ces trois maladies.
- Ce à quoi s'attendre à la suite du vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos ...
- Les **effets secondaires courants** comprennent la douleur, une rougeur et une enflure au site d'injection, des maux de tête légers, de la fièvre et des douleurs musculaires.
- À noter : Comme c'est le cas pour tous les vaccins, il y a un faible risque qu'une réaction allergique grave se présente. Par conséquent, on demande aux élèves de rester sur place pendant au moins 15 minutes après l'administration du vaccin afin que les réactions immédiates possibles puissent être surveillées et traitées.

### Comment soulager la fièvre et la douleur...

- Une compresse froide sur le site d'injection peut aider à diminuer l'inconfort.
- Vous pouvez donner à votre enfant de l'acétaminophène (p. ex. Tylenol®) ou de l'ibuprofène (p. ex. Advil®).
- Ne **JAMAIS** donner de l'acide acétylsalicylique (ASA ou AspirinMD) aux enfants de moins de 18 ans, car ceux-ci risquent de développer le syndrome de Reye, une maladie grave qui touche le cerveau et le foie.

### Ce que vous devriez savoir également...

- Si votre enfant fait de la fièvre ou a une maladie autre qu'un simple rhume, l'infirmière peut retarder l'administration de ce vaccin.
- Si le système immunitaire de votre enfant est affaibli par une maladie, une médication aux stéroïdes ou des traitements contre le cancer, la décision d'immuniser doit être prise en consultation avec votre médecin de famille.
- Si votre enfant a déjà fait une réaction allergique à un vaccin, ou si vous avez des questions, veuillez communiquer avec votre bureau local de Santé publique.
- Les effets indésirables ou les réactions inhabituelles ou particulièrement graves survenant dans les quatre semaines suivant l'immunisation devraient être signalés au bureau local de Santé publique. Veuillez consulter votre médecin si votre enfant fait une réaction grave.
- Contactez votre fournisseur de soins de santé si vous avez des questions sur l'immunisation.
- De plus amples renseignements sont affichés en ligne à l'adresse [gnb.ca/santépublique](http://gnb.ca/santépublique)

# Protect your child against human papillomavirus (HPV)

For Grade 7 students



## Why your child should get vaccinated against HPV now...

- To protect your child from getting human papillomavirus (HPV), which may cause genital warts, infections or cancer such as cervical cancer and oral cancer.
- To ensure the maximum benefit from the HPV vaccine. It is most effective when given to children aged 10 to 15 and BEFORE becoming sexually active.

## Who should get this vaccine?

- Students in Grade 7.

## Who should NOT get this vaccine?

- Children who are allergic to any part of the vaccine or its packaging.
- Students who already received the vaccine.
- Pregnant women.

## What you should know about HPV...

- HPV is very common.
- There are more than 100 types of HPV.
- About 70 per cent of the adult population will have had a genital HPV infection at some stage in their life.
- Genital HPV is spread through skin-to-skin contact during sex.
- Signs and symptoms are not always visible.
- HPV can cause cervical cancer, other genital cancer, and cancer of the anus, head, neck, mouth and throat.
- Most people are infected during the first two to five years after becoming sexually active.

## What you can do to help protect your child against HPV

- Encourage your child to get vaccinated NOW.
- Talk with your child about how to make informed sexual health decisions by discussing the following:
  - delaying sexual activity until an older age;
  - limiting the number of sexual partners;
  - being aware of a partner's sexual history;
  - using condoms for protection against HPV and other sexually transmitted infections; and
  - being aware that the virus can be found on skin that is not covered by a condom.

## What you should know about the HPV vaccine...

### The vaccine...

- is **SAFE** and a completed series is very effective in preventing disease.
- is given by a needle in two doses at least six months apart.
- children with a weakened immune system should receive three doses of HPV vaccine. Please talk to your healthcare provider.
- all doses need to be given to ensure protection.

### What to expect following HPV immunization...

- **Common side effects** are pain, redness, itching or swelling at the site of the injection.
- Other possible side effects are mild fever, nausea, vomiting, dizziness and headache.

**Please note:** As is the case with any vaccine, there is a small risk that a serious allergic reaction may occur. **Therefore, your child will be asked to remain on site for at least 15 minutes after the vaccine is given so that possible immediate reactions can be monitored and treated.**

### How to treat fever and pain...

- A cold compress on the injection site may reduce discomfort.
- You may give your child acetaminophen (e.g., Tylenol®) or ibuprofen (e.g., Advil®).
- **NEVER** give *Acetylsalicylic acid* (ASA or Aspirin®) to children younger than 18 years because it can cause a severe liver and brain disease called Reye's syndrome.

### What else you should know...

- If your child has a fever or illness other than a minor cold, the nurse may delay giving this vaccine.
- If your child's immune system is affected by illness, steroid medication or cancer treatments, the decision to immunize must be made in consultation with your family physician.
- If your child has had an allergic reaction to a vaccine in the past, or if you have any questions, please contact your local Public Health office.
- Adverse reactions especially severe or unusual reactions in the four weeks following immunization should be reported to the local Public Health office. Please see your doctor if your child has a severe reaction.
- Contact your health care provider if you have questions about immunization.
- Further information is available at [gnb.ca/publichealth](http://gnb.ca/publichealth)

# Protégez votre enfant contre virus du papillome humain (VPH)

Pour les élèves de 7e année



## Pourquoi votre enfant devrait-il se faire vacciner maintenant contre le VPH?

- Pour éviter que votre enfant ne contracte le virus du papillome humain (VPH), qui peuvent causer des verrues génitales, des infections ou des cancers tels que le cancer du col utérin et le cancer de la bouche.
- Pour veiller à ce que votre enfant bénéficie de l'efficacité maximale du vaccin contre le VPH. Le vaccin est le plus efficace lorsqu'il est administré aux enfants âgés de 10 à 15 ans et AVANT qu'ils deviennent sexuellement actifs.

## Qui devrait se faire vacciner?

- Les élèves de 7e année.

## Qui ne devrait PAS recevoir ce vaccin?

- Les enfants qui sont allergiques à un des composants du vaccin ou de son contenant.
- Les étudiants qui ont déjà reçu le vaccin.
- Les femmes enceintes.

## Ce que vous devriez savoir sur le VPH...

- Le VPH est très fréquent.
- Il existe plus de 100 types de VPH.
- Environ 70 pour cent de la population adulte souffrira d'une infection génitale de type VPH à un moment donné.
- Le VPH génital se transmet par le contact peau à peau pendant les rapports sexuels.
- Les signes et les symptômes ne sont pas toujours visibles.
- Le VPH peut causer le cancer du col de l'utérus ou d'autres cancers génitaux, et le cancer de l'anus, de la tête, du cou, de la bouche et de la gorge.
- La majorité des gens sont infectés au cours des deux à cinq premières années après le début de la vie sexuelle active.

## Ce que vous pouvez faire pour aider à protéger votre enfant contre le VPH...

- L'encourager à se faire vacciner dès MAINTENANT.
- Lui parler de la façon de prendre des décisions éclairées en matière de santé sexuelle en discutant des points suivants :
  - retarder l'activité sexuelle;
  - limiter le nombre de partenaires sexuels;
  - connaître le passé sexuel de son ou sa partenaire;
  - utiliser des condoms pour se protéger du VPH et d'autres infections transmissibles sexuellement;
  - savoir que le virus peut se trouver sur la peau qui n'est pas couverte par le condom.

## Ce que vous devriez savoir sur le vaccin contre le VPH...

- est SÉCURITAIRE et une série complète est très efficace pour la prévention de la maladie;
- est donné à l'aide d'une aiguille en 2 doses à six mois d'intervalle;
- les enfants ayant un système immunitaire affaibli devraient recevoir trois doses du vaccin contre le VPH. Veuillez en parler à votre fournisseur de soins de santé;
- toutes les doses doivent être données afin d'assurer la protection.

## Ce à quoi s'attendre à la suite du vaccin contre le VPH...

- Les effets secondaires courants comprennent la douleur, une rougeur, une démangeaison ou une enflure au site d'injection.
- Les autres effets secondaires possibles comprennent une faible fièvre, des nausées, des vomissements, des étourdissements et des maux de tête.

**À noter :** Comme c'est le cas pour tous les vaccins, il y a un faible risque qu'une réaction allergique grave se présente. **Par conséquent, on demande à votre enfant de rester sur place pendant au moins 15 minutes après l'administration du vaccin afin que les réactions immédiates possibles puissent être surveillées et traitées.**

## Comment soulager la fièvre et la douleur...

- Une compresse froide sur le site d'injection peut aider à diminuer l'inconfort.
- Vous pouvez donner à votre enfant de l'acétaminophène (p. ex. Tylenol®) ou de l'ibuprofène (p. ex. Advil®).
- Ne JAMAIS donner de l'acide acétylsalicylique (ASA ou AspirinMD) aux enfants de moins de 18 ans, car ceux-ci risquent de développer le syndrome de Reye, une maladie grave qui touche le cerveau et le foie.

## Ce que vous devriez savoir également...

- Si votre enfant fait de la fièvre ou souffre d'une maladie autre qu'un simple rhume, l'infirmière peut retarder l'administration de ce vaccin.
- Si le système immunitaire de votre enfant est affaibli par une maladie, une médication aux stéroïdes ou des traitements contre le cancer, la décision d'immuniser doit être prise en consultation avec votre médecin de famille.
- Si votre enfant a déjà fait une réaction allergique à un vaccin ou si vous avez des questions, veuillez communiquer avec votre bureau local de Santé publique.
- Les effets indésirables notamment les réactions inhabituelles ou particulièrement graves survenant dans les quatre semaines suivant l'immunisation devraient être signalés au bureau local de Santé publique. Veuillez consulter votre médecin si votre enfant fait une réaction grave.
- Contactez votre fournisseur de soins de santé si vous avez des questions sur l'immunisation.
- De plus amples renseignements sont affichés en ligne à l'adresse [gnb.ca/santepublique](http://gnb.ca/santepublique)

### 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 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:				

### SECTION 2: PARENT / GUARDIAN CONSENT

For the two vaccines, check YES or NO, sign and date.

Your signature will confirm the following:

- I have read the information I was given on the Human Papillomavirus (HPV) and the Tetanus, Diphtheria and Pertussis (Tdap) vaccines.
- I understand the benefits and possible reaction(s) for each vaccine and the risk of not getting immunized.

If you have any questions, please call your local Public Health office.

Tetanus, Diphtheria & Pertussis (Tdap) Vaccine – 1 dose	
<input type="checkbox"/> YES, vaccinate my child.	
<input type="checkbox"/> NO, do not vaccinate my child.	
If no, please specify : _____	
Has your child received a dose of Tetanus, Diphtheria and Pertussis Vaccine since January 2022? <span style="float: right;">Date (YYYY / MM / DD)</span>	
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	If yes, give the date: _____
Signature of parent/legal guardian ➔	Date (YYYY / MM / DD)

Human Papillomavirus (HPV) Vaccine – 2 doses	
<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>Tdap</b> <input type="checkbox"/> ADACEL <input type="checkbox"/> BOOSTRIX		<input type="checkbox"/> Right arm <input type="checkbox"/> Left arm	<input type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> 0.5 mL			
<b>HPV</b> <input type="checkbox"/> GARDASIL 9 <b>DOSE 1</b>		<input type="checkbox"/> Right arm <input type="checkbox"/> Left arm	<input type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> 0.5 mL			
<input type="checkbox"/> GARDASIL 9 <b>DOSE 2</b>		<input type="checkbox"/> Right arm <input type="checkbox"/> Left arm	<input type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> 0.5 mL			

#### 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.

Tetanus, Diphtheria and Acellular Pertussis (Tdap) Vaccine	
STUDENT'S NAME	
DOB (YYYY / MM / DD)	
MEDICARE #	
NAME OF VACCINE:	DATE (YYYY / MM / DD)
<input type="checkbox"/> ADACEL	TIME
<input type="checkbox"/> BOOSTRIX	
NURSE'S SIGNATURE	

Human Papillomavirus (HPV) Vaccine – DOSE 1	
STUDENT'S NAME	
DOB (YYYY / MM / DD)	
MEDICARE #	
NAME OF VACCINE:	DATE (YYYY / MM / DD)
<input type="checkbox"/> GARDASIL 9	TIME
NURSE'S SIGNATURE	

Human Papillomavirus (HPV) Vaccine – DOSE 2	
STUDENT'S NAME	
DOB (YYYY / MM / DD)	
MEDICARE #	
NAME OF VACCINE:	DATE (YYYY / MM / DD)
<input type="checkbox"/> GARDASIL 9	TIME
NURSE'S SIGNATURE	

VACCIN CONTRE LA DIPHTÉRIE, LE TÉTANOS ET LA COQUELUCHE (dcaT)

VACCIN CONTRE LE VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN (VPH)

## 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	
<b>A L E R T E</b>	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 :			

## SECTION 2 : CONSENTEMENT DU PARENT/TUTEUR

Pour les deux vaccins ci-dessous, cochez OUI ou NON, signez et indiquez la date.

En signant, vous confirmez que :

- vous avez lu l'information qui vous a été donnée sur les vaccins contre le virus du papillome humain, la diphtérie, le tétanos et la coqueluche;
- vous avez compris les avantages et les réactions possibles pour chaque vaccin, ainsi que le risque de ne pas se faire immuniser.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec votre bureau local de Santé publique.

Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (dcaT) – 1 dose	
<input type="checkbox"/> OUI, vaccinez mon enfant.	
<input type="checkbox"/> NON, ne vaccinez pas mon enfant.	
Si non, veuillez préciser : _____	
Votre enfant a-t-il reçu le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche depuis janvier 2022? <span style="float: right;">Date (AAAA-MM-JJ)</span>	
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Si oui, indiquez la date
Signature du parent/tuteur légal	Date (AAAA-MM-JJ)
➔	

Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) – 2 doses	
<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 DE LA SANTÉ PUBLIQUE

### SECTION 3 : DOIT ÊTRE REMPLIE PAR L'INFIRMIÈRE EN SANTÉ PUBLIQUE

	No de lot	Site	Voie	Dose	Date (AAAA/MM/JJ)	Heure	Signature
<b>dcaT</b> <input type="checkbox"/> ADACEL <input type="checkbox"/> BOOSTRIX		<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche	<input type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> 0,5 ml			
<b>VPH</b> <input type="checkbox"/> GARDASIL 9 DOSE 1		<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche	<input type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> 0,5 ml			
<input type="checkbox"/> GARDASIL 9 DOSE 2		<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche	<input type="checkbox"/> IM	<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 contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche acellulaire (dcaT)	
NOM DE L'ÉLÈVE	
DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)	
N° ASSURANCE-MALADIE	
NOM DU VACCIN :	DATE (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> ADACEL <input type="checkbox"/> BOOSTRIX	HEURE
SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE	

Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) – DOSE 1	
NOM DE L'ÉLÈVE	
DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)	
N° ASSURANCE-MALADIE	
NOM DU VACCIN :	DATE (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> GARDASIL 9	HEURE
SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE	

Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) – DOSE 2	
NOM DE L'ÉLÈVE	
DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)	
N° ASSURANCE-MALADIE	
NOM DU VACCIN :	DATE (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> GARDASIL 9	HEURE
SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE	