

AUTORISATION A LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Je soussigné(e),

Parent 1 : _____

Parent 2 (*facultatif*) : _____

certifiant agir en qualité de parent exerçant l'autorité parentale / tuteur légal ¹

Elève (*uniquement pour les élèves âgés de 16 ans et plus*) :

autorise le Centre de vaccination de _____ ou l'équipe
mobile de vaccination opérant dans l'établissement _____

- à vacciner mon enfant contre la Covid-19 / à me vacciner ² Oui
 Non
- à effectuer un test rapide d'orientation diagnostique sérologique (TROD) ³ Oui
 Non

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Classe : _____

Fait à _____

Le _____

Signature(s)

¹ Veuillez rayer les mentions inutiles

² Par dérogation à l'art. 371-1 du code civil, la vaccination contre la Covid-19 peut être pratiquée à sa demande sur le mineur de 16 ans et plus.

³ Un test rapide d'orientation diagnostique sérologique (TROD) pourra être proposé. Ce test, réalisé à partir d'une goutte de sang prélevée au bout du doigt, permet de déterminer si l'élève a déjà été infecté par la Covid-19. Si le test est positif, l'élève n'aura besoin que d'une seule injection pour compléter son schéma vaccinal.

QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif au cours des trois derniers mois ? Oui Non

Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ? Oui Non

Avez-vous reçu un vaccin au cours des dernières trois semaines ? Oui Non
Si oui lequel :

Avez-vous des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité à certaines substances ou avec d'autres vaccins ? Oui Non

Présentez-vous des troubles de la coagulation (en particulier une baisse des plaquettes ou traitement anticoagulant) ? Oui 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 ? Oui Non

Etes-vous enceinte ? Oui Non

Allaitez-vous ? Oui Non

Numéro de sécurité sociale⁴ :

.....

⁴ Le même numéro de sécurité sociale doit être utilisé pour les deux injections.

Réservé au médecin

Date :/...../.....

Signature du médecin :