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]](#footnote-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]](#footnote-2) 🗆 Oui 🗆 Non
* à effectuer un test rapide d’orientation diagnostique sérologique (TROD) [[3]](#footnote-3) 🗆 Oui 🗆 Non

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature(s)

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?  Si oui lequel : ……………………………………. | ⬜ **Oui** ⬜ Non |
| 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 sociale[[4]](#footnote-4) : ……………………………………………

**Réservé au médecin**

Date : ……./……../……….

Signature du médecin :

1. Veuillez rayer les mentions inutiles [↑](#footnote-ref-1)
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. [↑](#footnote-ref-2)
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. [↑](#footnote-ref-3)
4. Le même numéro de sécurité sociale doit être utilisé pour les deux injections. [↑](#footnote-ref-4)