Rattrapages vaccination

Rattrapages de vaccination

(Ce document est destiné au médecin et à l'infirmier(ère) de l'école)

RAT ED.2020

NOM, Prénom de l'élève : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Ecole : .....

Classe : .....

Apposer ici **UNE VIGNETTE DE MUTUELLE AU NOM DE L'ENFANT** ou noter son **NUMÉRO NATIONAL BELGE :** _ _ . _ _ . _ _ - _ _ _ . _ _

VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DE LA CARTE DE VACCINATIONS DE VOTRE ENFANT OU DES PAGES VACCINATION DE SON CARNET DE SANTÉ.

VEUILLEZ COCHER LA CASE DE VOTRE CHOIX

☐ **Je demande à l'équipe de médecine scolaire** de mettre gratuitement en ordre les vaccinations de mon enfant.

☐ **Je demanderai au médecin traitant** (généraliste ou pédiatre) de s'occuper des vaccinations de mon enfant.

☐ **Je ne souhaite pas** faire vacciner mon enfant actuellement pour la raison suivante : .....

.....

POUR NOUS PERMETTRE D'OFFRIR UN SERVICE DE QUALITÉ, MERCI DE RÉPONDRE À CES QUESTIONS :

- Votre enfant a-t-il déjà eu une allergie grave à la vaccination (gonflement de la bouche ou de la gorge, difficulté à respirer ou problème cardiaque) ? ☐ OUI ☐ NON
- Votre enfant souffre-t-il d'immunodépression (cela peut être le cas lors de cancer, chimiothérapie, etc...) ?

  ☐ OUI ☐ NON
- Votre enfant souffre / a-t-il souffert d'une maladie qui diminue le nombre de plaquettes sanguines (troubles de la coagulation) ☐ OUI ☐ NON
- Votre enfant souffre t-il d'une maladie neurologique qui n'est pas sous-contrôle ☐ OUI ☐ NON
- En cas de données manquantes, j'autorise le médecin/l'infirmier(ère) scolaire à contacter la consultation ONE ou le médecin (généraliste, pédiatre) ayant vacciné mon enfant ☐ OUI ☐ NON

Coordonnées de la consultation ONE et/ou du médecin traitant (nom, adresse, téléphone) : .....

.....

SIGNATURE(S) PARENTALE(S) :

Numéro de téléphone des parents : ..... / .....

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

Editeur Responsable Benoît Parmentier D/2020/74.80/28