**QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19**

**A remettre sous enveloppe cachetée à l’attention de l’infirmière de l’établissement**

**Informations concernant les élèves de 12 ans et plus non vaccinés contre la covid-19**

Je soussigné(e) : (un des deux parents donne son autorisation)

CONFIDENTIEL

Mme / M. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en qualité de parent excerçant l’autorité parentale / tuteur légal

Nom de l’élève : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom de l’élève : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**N° de sécurité sociale** :

Parent 1 : | \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | / | \_ \_ | Parent 2 : | \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | / | \_ \_ |

Elève 16 et plus : | \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | / | \_ \_ |

**Obligatoire pour la remise du Pass sanitaire**

**Autorise à vacciner l’enfant/ à me vacciner** 

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

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

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

**Vaccination à renseigner par l’équipe de vaccination**

Je, soussigné(e) avoir transmis à mon patient toutes les informations liées à la vaccination pour la COVID-19, et   
l’avoir vacciné pour : |1ère ||2ème| 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 :** |