
Partie 1 : Renseignements personnels de l'enfant :

Parent ou tuteur : Veuillez fournir tous les renseignements personnels de votre enfant y compris son nom de famille, son prénom et deuxième prénom, sa date de naissance et son sexe. Mentionner aussi votre nom, numé

Partie 4 : Certification et signature du prestataire de soins (docteur ou infirmière) requises : Prestataires, n'oubliez pas d' écrire votre nom en majuscules et d'apposer le cachet du cabinet ou de la clinique. Professionnels de santé agréés, répondez en cochant "OUI" ou "NON" aux déclarations suivantes :

L'enfant a été examiné de façon appropriée avec une analyse des antécédents médicaux ;

L'enfant est autorisé à participer aux compétitions sportives (sur la base de l'évaluation et en conformité avec l'examen physique de préparticipation de l'AAP ; et l'enfant a fait l'objet d'examens appropriés pour son âge (en conformité avec les recommandations de l'AAP et les directives de l'EPSDT) pendant l'année en cours. Si la case "NON" est cochée, donnez la raison dans l'espace fourni. Toutes les informations demeureront confidentielles

Partie 5 : Signature du parent/tuteur requise. (Décharge relative à la divulgation des renseignements sur la santé).

Le parent ou le tuteur doit écrire son nom en caractères d'imprimerie, signer et dater. En signant cette section, le parent ou le tuteur autorise le professionnel de santé agréé à partager les renseignements sur la santé sur ce formulaire avec l'école, la garderie, le camp de l'élève ou toute agence appropriée du gouvernement de D.C

Les formulaires sont disponibles en ligne sur www.doh.dc.gov.

Accédez aux programmes d'assurance maladie sur <https://dchealthlink.com>. Vous pouvez contacter l'infirmière scolaire via le bureau principal de l'école de votre enfant.

Partie 6 : INFORMATIONS SUR LA VACCINATION

Instructions générales : Veuillez utiliser un stylo à bille noir pour remplir ce formulaire

Renseignements personnels sur l'enfant/l'élève : Écrivez lisiblement en caractères d'imprimerie le nom de famille, le prénom et le deuxième prénom/initiale. Donnez la date de naissance suivant le format mm/jj/aaaa. Indiquez le sexe de l'enfant/élève en cochant féminin ou masculin. Indiquez le nom de l'école ou de la garderie que l'enfant fréquente.

Section 1: Informations sur la vaccination – Indiquez clairement la date (mm/jj/aaaa) des vaccins administrés ou joignez les copies équivalentes avec la signature, l'adresse, le numéro de téléphone du prestataire de santé et la date. Les doses de vaccin doivent être administrées à des intervalles appropriés et à l'âge adéquat. Les doses de vaccin administrées jusqu'à 4 jours avant l'intervalle ou l'âge minimum sont comptées comme valides. Exception : deux vaccins à virus vivants qui ne sont pas administrés le jour même doivent être séparés par un minimum de 28 jours.

Les élèves doivent être vaccinés conformément à la Loi 3-20 de D.C. sur la vaccination des élèves de 1979 (*Immunization of School Students Act*) et au Titre 22 de DCMR, Chapitre , et au calendrier de vaccination établi et publié par le Centers for Disease Control (CDC), l'Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), l'American Academy of Pediatrics (AAP), and l'American Academy of Family Physicians (AAFP).

Exigences – Pour connaître les exigences de vaccination relatives à la fréquentation des établissements scolaires et des garderies du District de Columbia, consultez le site du Programme de vaccination du Département de la santé : <https://immunization.doh.dc.gov/irswebapp/home.jsp>.

Les exigences de vaccination sont sujettes à modifications.

Guide de référence

Noms commerciaux des vaccins par ordre alphabétique (Pour des listes à jour, consultez http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf)									
Nom com.	Vaccin	Nom com.	Vaccin	Nom com.	Vaccin	Nom com.	Vaccin	Nom com.	Vaccin
ActHIB	Hib	Engerix-B	Hép B	Ipol	IPV	Pneumovax	PPSV ou PPV23	Vaqa	Hép A
Adacel	Tdap	Fluarix	Grippe (IIV)	Infanrix	DTaP	Prevnar	PCV ou PCV7 ou PCV13	Varivax	Varicelle
Afluria	Grippe (IIV)	FluLaval	Grip. (IIV)	Kinrix	DTaP + IPV	ProQuad	ROR + Varicelle		
Boostrix	Tdap	FluMist	Grip. (LAIV)	Menactra	MCV ou MCV4	Recombivax	Hép B		
Derivarix	VPH2	Fluvirin	Grippe (IIV)	Menomune	MPSV ou	Rotarix	Rotavirus (RV1)		
Comvax	Hép B + Hib	Fluzone	Grippe (IIV)	Pediarix	DTaP + Hép B + IPV	RotaTeq	Rotavirus (RV5)		
Daptacel	DTaP	Gardasil	VPH4						