

## 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 <sup>1</sup>

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 <sup>2</sup>  Oui  Non
- à effectuer un test rapide d'orientation diagnostique sérologique (TROD) <sup>3</sup>  Oui  Non

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

Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature(s)

<sup>1</sup> Veuillez rayer les mentions inutiles

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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 : .....

Numéro de sécurité sociale<sup>4</sup> : .....

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

Allaitiez-vous ?  Oui  Non

**Réservé au médecin**

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

Signature du médecin :

<sup>4</sup> Le même numéro de sécurité sociale doit être utilisé pour les deux injections.