

**PREUVE D'IMMUNISATION POUR  
L'ADMISSION À L'ÉCOLE OU  
DISPENSE D'IMMUNISATION**

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

REPLIR UNE SEULE DES SECTIONS

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_

Date de naissance		
J	M	A

Numero d'assurance-maladie							

Parent ou tuteur \_\_\_\_\_ Conseil scolaire \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

**1. PREUVE D'IMMUNISATION**

Les présentes attestent que l'enfant ici nommé a reçu les immunisations suivantes :

<input type="checkbox"/> Trois doses de vaccin antipoliomyélitique	Dates 1. _____ 2. _____ 3. _____
<input type="checkbox"/> Trois doses de vaccin DCT ou DT	Dates 1. _____ 2. _____ 3. _____
<input type="checkbox"/> Une dose de vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole	Date _____

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ Signature du médecin ou de l'infirmière-hygiéniste \_\_\_\_\_

**2. DISPENSE MÉDICALE**

A. Les immunisations suivantes peuvent nuire à la santé de cet enfant et je recommande de ne pas les administrer.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

B. J'ai observé cet enfant lors d'un épisode de la ou des maladies suivantes. Le vaccin contre la ou les maladies indiquées n'est pas nécessaire.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ Signature du médecin \_\_\_\_\_

**3. DÉCLARATION D'OPPOSITION À L'IMMUNISATION**

Je m'oppose à l'administration de vaccins à mon enfant ici nommé et sollicite en conséquence une dispense des obligations prévues dans la *Loi sur l'éducation*. Il est entendu que mon enfant fera l'objet d'une mesure d'éviction scolaire à la première manifestation de l'une de ces maladies infectieuses.

Date \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ Signature du parent du tuteur \_\_\_\_\_