



Vaccination

Formulaire d'exemption médicale

La législation du Colorado C.R.S. § 25-4-902 exige que tous les élèves qui fréquentent une école quelconque dans l'État du Colorado soit vacciné contre certaines maladies pouvant être évitées par la vaccination conformément à la règle 6 CCR 1009-2 du Conseil de santé du Colorado, à moins qu'un formulaire d'exemption officiel soit déposé. Cette loi est applicable aux élèves qui fréquentent les garderies d'enfants agréées par le ministère des Services sociaux du Colorado, les écoles maternelles publiques, privées et paroissiales, les écoles primaires et secondaires (jusqu'en terminale), ainsi que les établissements d'enseignement supérieur et les universités. Les élèves disposant d'une exemption de vaccination dans leur dossier peuvent être tenus à l'écart d'une garderie ou d'une école lors d'une épidémie ; la durée varie en fonction du type de maladie et des circonstances de l'épidémie.

Veillez remplir tous les champs requis ci-dessous ; les formulaires incomplets ne seront pas acceptés.

Renseignements sur l'élève :

Nom :	Prénom :	Prénom secondaire (facultatif) :
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance :	
N° rue :	Nom de rue :	Type de rue (ex. Ave.) :
N° unité :	Boîte postale :	
Ville :	État : CO	Code postal :
Adresse email :	Comté :	
Numéro de téléphone :	<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Cellulaire	

Nom du parent/tuteur qui remplit ce formulaire : Cocher s'il s'agit d'un élève émancipé ou qui a 18 ans révolus

Nom :	Prénom :	Prénom secondaire (facultatif) :
Relation à l'élève : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur		
N° rue :	Nom de rue :	Type de rue (ex. Ave.) :
N° unité :	Boîte postale :	
Adresse :		
Ville :	État : CO	Code postal :
Adresse email :	Comté :	
Numéro de téléphone :	<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Cellulaire	

Renseignements sur l'école/garderie agréée :

Nom de l'école/garderie agréée :		
District scolaire :	<input type="checkbox"/> Cocher si non applicable	
Adresse :		
Ville :	État : CO	Code postal :
Numéro de téléphone :	Classe de l'élève :	

Vaccins requis pour s'inscrire à l'école : (Cocher chaque vaccin décliné)	Répertorier la ou les contre-indication(s) pour chaque vaccin décliné
<input type="checkbox"/> Hépatite B	
<input type="checkbox"/> Diphtérie, tétanos, Coqueluche (DTCa, dcaT)	
<input type="checkbox"/> Haemophilus influenza de type b (Hib)	
<input type="checkbox"/> Vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI)	
<input type="checkbox"/> Vaccin conjugué contre le pneumocoque (VPC13) o polysaccharide (PPSV23)	
<input type="checkbox"/> Rougeole-oreillons-rubéole (ROR)	
<input type="checkbox"/> Varicelle	

L'état physique de l'élève susmentionné est tel que la vaccination mettrait en danger sa vie ou sa santé ou est médicalement contre-indiquée en raison d'autres problèmes de santé.

Signature du médecin ou de l'infirmière professionnelle avancée : _____ Date : _____

Selon la loi du Colorado, vous avez la possibilité d'exclure vos informations/les informations de votre enfant du CIIS. Pour se retirer du CIIS, rendez-vous sur : www.colorado.gov/cdphe/ciis-opt-out-procedures. Veuillez savoir qu'il sera de votre responsabilité de conserver votre/le carnet de votre enfant pour se conformer au règlement de l'école.



Immunization Medical Exemption Form

Colorado law C.R.S. § 25-4-902 requires all students attending any school in the state of Colorado to be vaccinated against certain vaccine-preventable diseases as established by Colorado Board of Health rule 6 CCR 1009-2, unless an official exemption form is filed. This law applies to students attending child care facilities licensed by the Colorado Department of Human Services, public, private and parochial kindergarten, elementary and secondary schools through 12th grade, and colleges or universities. Students with a recorded immunization exemption may be kept out of a child care facility or school during a disease outbreak; the length of time will vary depending on the type of disease and the circumstances of the outbreak.

Please complete all required fields below; incomplete forms will not be accepted. *All fields are required unless noted optional.*

Student Information:

Last Name:	First Name:	(optional) Middle Name:
Gender: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Date of Birth:	
Street #:	Street Name:	Street Type (e.g. Ave.):
Unit #:	P.O. Box:	
City:	State: CO	Zip Code:
Email Address:	County:	
Phone Number:	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell	

Parent/Guardian Completing This Form: Check if an emancipated student or student over 18 years old

Last Name:	First Name:	(optional) Middle Name:
Relationship to student: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Guardian		
Street #:	Street Name:	Street Type (e.g. Ave.):
Unit #:	P.O. Box:	
City:	State: CO	Zip Code:
Email Address:	County:	
Phone Number:	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell	

School/Licensed Child Care Facility Information:

School Name/Licensed Child Care Facility:		
School District:	<input type="checkbox"/> Check if Not Applicable	
Address:		
City:	State: CO	Zip Code:
Phone Number:	Grade of Student:	

Required Vaccines for Entering School: (Check each vaccine declined)	List medical contraindication(s) for each vaccine declined
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	
<input type="checkbox"/> Diphtheria, tetanus, pertussis (DTaP, Tdap)	
<input type="checkbox"/> Haemophilus influenza type b (Hib)	
<input type="checkbox"/> Inactivated poliovirus (IPV)	
<input type="checkbox"/> Pneumococcal conjugate (PCV13) or polysaccharide (PPSV23)	
<input type="checkbox"/> Measles-mumps-rubella (MMR)	
<input type="checkbox"/> Varicella (chickenpox)	

The physical condition of the above named student is such that vaccination would endanger his/her life or health or is medically contraindicated due to other medical conditions.

Physician or Advanced Practice Nurse Signature: _____ Date: _____

Under Colorado law, you have the option to exclude your child's/your information from CIIS. To opt out of CIIS, go to: www.colorado.gov/cdphe/ciis-opt-out-procedures. Please be advised that you will be responsible for maintaining your child's/your immunization records to ensure school compliance.