Colorado Department of Public Health and Environment

AVIS d'exclusion

Dossier de vaccination nécessaire

à toute admission à l'école ou à la garderie

Note au professionnel de santé : Le Colorado Statute 6 CCR 1009-2 prévoit, par l'autorité du Colorado Board of Health (Conseil de la Santé du Colorado), que tout élève doit obligatoirement être vacciné pour pouvoir suivre sa scolarité dans les écoles du Colorado. Le planning « obligatoire » suit de près le planning établi par l'ACIP/AAP. Pour toute question au sujet des vaccins obligatoires dans les établissements scolaires, merci de contacter la Colorado Immunization Section (Section de vaccination du Colorado) au 303-692-2650. Merci.

Avis aux parents/tuteur de : _____

L'enfant susmentionné ne dispose pas de Certificat de vaccination à jour dans son dossier et **il ne sera donc plus admis** dans cette école/garderie avant d'avoir présenté un justificatif attestant de sa vaccination (conformément à la loi du Colorado). La date d'exclusion prendra effet le _____. Merci de contacter votre professionnel de santé ou le centre médical local au_____ afin d'obtenir le(s) vaccin(s) obligatoire(s).

Les vaccins suivants sont obligatoires :

_____ **DTCoq** (Diphtérie/Tétanos/Coqueluche)

_____ **TDCoq**(Tétanos/Diphtérie/Coqueluche)

_____ **D.T.** (Diphtérie/Tétanos)

_____ **Polio**

_____ **ROR** (Rougeole/Oreillons/Rubéole)

_____ **Hib** (*Haemophilus Influenzae* de type B)

_____ **PCV-13** (Pneumocoque)

_____ **Hépatite B**

_____ **Varicelle**

⌖ Tout rapport de ***la maladie*** de la varicelle est à enregistrer auprès d'un professionnel de santé (médecin ou infirmier/ère praticien/ne)

Veuillez noter : Si une vaccination va à l'encontre de vos **croyances religieuses**, vous devrez signer un certificat d'exemption religieuse. Dans le cas où votre enfant ne pourrait être vacciné pour des **raisons médicales**, un médecin devra signer un certificat d'exemption médicale. Si vos **croyances personnelles** vont à l'encontre de la vaccination, vous devrez signer un certificat d'exemption personnelle. Les certificats d'exemption se trouvent au verso du Colorado Department of Public Health and Environment Certificate of Immunization (Certificat de vaccination du Département de la santé publique et de l'environnement du Colorado)

Signé : _____ Le : _____

École/Garderie **:** _____Numéro de téléphone**:** _____ Fax**:** _____

Moyen de contact : ___ Téléphone ___ E-mail ___ En personne

☐ Si cette case est cochée, plus d'une dose de vaccination susmentionnée est nécessaire, et le planning ci-dessous doit être rempli par le professionnel de santé, signé par vous et nous être retourné avant la date établie ci-dessus. À chaque dose administrée, merci de nous en soumettre le rapport. Ce planning sera en place jusqu'à ce que le Certificat de vaccination officiel soit complété.

VACCIN	PROFESSIONNEL DE SANTÉ Pour toute orientation vers un professionnel de santé, composer le 1-800-688-7777.		DOIT ÊTRE ADMINISTRÉ Le planning doit suivre les indications médicales au sujet des intervalles, conformément au ACIP, AAP ou à la notice du fabriquant du vaccin.				
DTCoq	Nom	Téléphone Client	Date	Date	Date	Date	Date
TDCoq	Nom	Téléphone Client	Date				
T.D.	Nom	Téléphone Client	Date	Date	Date	Date	
Polio	Nom	Téléphone Client	Date	Date	Date	Date	
ROR	Nom	Téléphone Client	Date	Date			
Hib	Nom	Téléphone Client	Date	Date	Date		
PCV-13	Nom	Téléphone Client	Date	Date	Date	Date	
Hépatite B	Nom	Téléphone Client	Date	Date	Date		
Varicelle	Nom	Téléphone Client	Date	Date			

J'accepte de me soumettre au planning de vaccination ci-dessus, de présenter les dossiers et de remplir le Certificat de vaccination.

Signé : _____ **Le :** _____

Parent/tuteur de l'enfant ou enfant émancipé mentionné ci-dessus