

Notice explicative

Vaccination contre la COVID-19 des collégiens et lycéens

La vaccination des adolescents contre la COVID-19 est aujourd'hui fortement recommandée par les autorités sanitaires dès l'âge de 12 ans révolus. Elle n'est pas obligatoire. Elle est gratuite, c'est-à-dire qu'elle est intégralement prise en charge par l'Assurance Maladie, sans avance de frais. Cette campagne ne concerne que les élèves pas du tout vaccinés.

- ⇒ **Pour être vacciné, votre enfant devra se munir de l'un de vos numéros de sécurité sociale. Ce numéro figure sur votre carte vitale et sera à reporter sur le questionnaire de santé.**

La vaccination de l'adolescent doit être autorisée par l'un des deux parents, s'il est âgé de moins de 16 ans.

- ⇒ **Le formulaire d'autorisation doit être complété, signé et retourné au collège le lundi 6 septembre 2021 pour que l'élève puisse bénéficier de la vaccination dans le cadre scolaire.**
- ⇒ **Vous devez compléter et signer le questionnaire de santé à remettre sous pli cacheté pour l'infirmière de l'établissement scolaire.**
- ⇒ **Il sera demandé aux collégiens le jour de l'injection s'ils sont d'accord pour se faire vacciner.**

Les vaccins nécessitent deux injections espacées d'au moins 21 jours. Une seconde opération de vaccination sera donc proposée à votre enfant pour la deuxième dose.

- ⇒ **Si votre enfant a déjà été infecté par la covid-19, vous devez joindre une copie du certificat de test positif de plus de deux mois (PCR, antigénique ou sérologique) avec le questionnaire de santé.**

FORMULAIRE 1

RECENSEMENT DES ÉLÈVES À VACCINER CONTRE LA COVID-19

Concerne les élèves de 12 ans et plus **non vaccinés contre la covid-19**

Je soussigné(e),

Parent 1 : _____

Parent 2 (*facultatif*) : _____

certifiant agir en qualité de parent exerçant l'autorité parentale / tuteur légal ¹

Elève (*uniquement pour les élèves âgés de 16 ans et plus*) : _____

autorise le centre de vaccination ou l'équipe mobile de vaccination opérant dans l'établissement

à vacciner mon enfant contre la Covid-19 / à me vacciner ² Oui Non

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Classe : _____

Fait à _____

Le _____

Signature(s)

¹ Veuillez rayer les mentions inutiles

² 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.

FORMULAIRE 2

QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

A remettre sous enveloppe cachetée à l'attention de l'infirmière de l'établissement

Informations concernant les élèves de 12 ans et plus non vaccinés contre la covid-19

Je soussigné(e) : (un des deux parents donne son autorisation)

Mme / M. : _____ en qualité de parent exerçant l'autorité parentale / tuteur légal

Nom de l'élève : _____ Prénom de l'élève : _____

Date de naissance : __ / __ / ____ Classe : _____

N° de sécurité sociale :

Parent 1 : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | / | _ | _ | Parent 2 : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | / | _ | _ |

Elève 16 et plus : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | / | _ | _ |

Obligatoire pour la remise du Pass sanitaire

Autorise à vacciner l'enfant/ à me vacciner

Fait à _____ Le : __ / __ / ____

Signature(s) parent(s) / tuteur

Avez-vous un test positif (PCR ou antigénique) dans les trois derniers mois ? Si oui, venir avec le résultat du test. date	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous reçu un vaccin au cours des 3 dernières semaines ? Si oui lequel et à quelle date:	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Votre enfant a-t-il des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité (réaction) à certaines substances ou d'autres vaccins ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Présentez-vous des troubles de la coagulation ? Si oui laquelle :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous fait un syndrome inflammatoire multi systémique pédiatrique (PIMS) à la suite d'un infection par le SARS-COV-2 ou d'une première injection ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si votre enfant prend un traitement, lequel ? :		

Vaccination à renseigner par l'équipe de vaccination

Je, soussigné(e) avoir transmis à mon patient toutes les informations liées à la vaccination pour la COVID-19, et l'avoir vacciné pour : | 1^{ère} | | 2^{ème} | injection avec le vaccin : PFIZER MODERNA issu du lot : _____

Le vaccin a été administré par : Injection intramusculaire dans le : Bras Gauche ou Bras Droit

Je l'ai informé que sa prochaine injection devrait avoir lieu à partir du : __ / __ / ____