



Avis d'exclusion de l'école pour carnet de vaccinations incomplet

Nom de l'enfant : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____

N° d'identifiant de l'élève OSIS : _____ DBN de l'école : _____ Grade ou classe : _____

Cher parent/tuteur, chère tutrice :

À partir du ___/___/___ (jj/mm/aaaa), votre enfant ne pourra pas se rendre à l'école parce qu'un ou plusieurs des vaccins requis pour l'école manquent (cochés dans le tableau ci-dessous). En vertu de la Loi sur la santé publique alinéa 2164, le chef d'établissement ne peut pas autoriser votre enfant à rester à l'école, sauf si vous fournissez des preuves de vaccination ou d'immunité.

Montrez ce document au médecin de votre enfant pour veiller à ce qu'aucun vaccin ne manque. Si votre enfant a déjà reçu les vaccins ou possède des preuves d'immunité, fournissez-les au chef d'établissement. Les vaccinations administrées avant l'âge minimum (prématurément) ne comptent pas. Des calendriers alternatifs de vaccins ne sont pas autorisés. Composez le **311** pour toute question sur les vaccins ou pour obtenir de l'aide pour trouver un médecin.

Vaccins (les vaccins manquants sont sélectionnés)	Nombre de doses nécessaires	Remarques du médecin*
<input type="checkbox"/> Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTaP ou DTP), ou contre le tétanos et la diphtérie (Td)	___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5	Le vaccin DTaP est pour les enfants de moins de 7 ans. Le vaccin Td est pour les enfants de 7 ans ou plus.
<input type="checkbox"/> Vaccin contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche (vaccin acellulaire) (Tdap)	___ 1	Seules les doses du vaccin Tdap (ou DTaP) administrées à l'âge de 10 ans ou plus comptent pour les grades 6 à 9 ; les doses administrées à l'âge de 7 ans ou plus comptent pour les grades 10 à 12.
<input type="checkbox"/> Contre la polio (IPV or OPV)	___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4	Un bilan sanguin montrant une preuve d'immunité contre les trois sérotypes de la polio est accepté uniquement s'il a eu lieu avant septembre 2019.
<input type="checkbox"/> Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (MMR)	___ 1 ___ 2	Un bilan sanguin montrant une preuve d'immunité est accepté.
<input type="checkbox"/> Hépatite B	___ 1 ___ 2 ___ 3	Un bilan sanguin montrant une preuve d'immunité ou d'infection est accepté.
<input type="checkbox"/> Varicelle	___ 1 ___ 2	Un bilan sanguin montrant une preuve d'immunité ou un document d'un médecin relatif à une maladie sont acceptés.
<input type="checkbox"/> Vaccin conjugué contre le méningocoque (MenACWY)	___ 1 ___ 2	Seules les doses du vaccin MenACWY administrées à l'âge de 10 ans ou plus comptent pour les grades 7 à 10 ; les doses administrées avant l'âge de 10 ans comptent pour la première dose pour les grades 11 à 12.
<input type="checkbox"/> Vaccin contre la grippe <i>Haemophilus influenzae</i> de type B (Hib)	___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4	Garderies, Head Start, crèches, 3-K ou Pré-Kindergarten
<input type="checkbox"/> Vaccin pneumococcique conjugué (PCV)	___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4	Garderies, Head Start, crèches, 3-K ou Pré-Kindergarten
<input type="checkbox"/> Vaccin contre la grippe	___ 1	Garderies, Head Start, crèches, 3-K ou Pré-Kindergarten

*For health care providers: To view school immunization requirements, visit schools.nyc.gov and search for **immunizations** (see the **Information for Providers** section).

Nom du chef d'établissement : _____

Tél. de l'école : _____