

## Autorisation de vaccination de rattrapage


Parmi les vaccinations recommandées par le programme de la Fédération Wallonie Bruxelles, le service de santé scolaire propose **gratuitement** (si elles n'ont pas déjà été réalisées), les vaccinations suivantes :

PRIMAIRE
<b>En 2<sup>ème</sup> primaire :</b>
• Méningocoque C
• Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite (rappel de 5/6 ans)
• RRO (rougeole-rubéole-oreillons) : 1ère dose
<b>En 6<sup>ème</sup> primaire :</b>
• Hépatite B (schéma 2 doses)

SECONDAIRE
<b>En 1<sup>ère</sup> D et en 2<sup>ème</sup> secondaire :</b>
• Hépatite B (schéma 2 doses)
• RRO (rougeole-rubéole-oreillons) : 1ère et/ou 2ème dose
<b>En 4<sup>ème</sup> secondaire :</b>
• RRO (rougeole-rubéole-oreillons) : 1ère et/ou 2ème dose

*Pour les élèves qui fréquentent l'enseignement spécialisé, le service de Santé scolaire proposera la ou les vaccinations aux âges adéquats.*

Les dates des vaccinations effectuées pour votre enfant dans le cadre du programme de vaccination de la FWB, ainsi que les données à caractère personnel de votre enfant seront enregistrées dans une banque de données vaccinales, à moins d'un refus de votre part. Le but de cet enregistrement est d'éviter la perte de données vaccinales et de permettre aux autres médecins vaccinateurs de votre enfant de savoir quelles vaccinations il ou elle a déjà reçues. La Commission de la Vie Privée a donné son accord pour la constitution de cette banque de données vaccinales. En cas de refus d'encodage de la vaccination dans la banque de données, votre décision n'aura pas d'influence sur les soins médicaux prodigués.

 **Les vaccinations de rattrapage ne pourront être réalisées que si vous joignez à cette autorisation une copie de toutes les dates de vaccination de votre enfant.**

Veillez remplir ce document, y apposer une vignette de mutuelle au nom de votre enfant.

Nom, prénom de l'élève: \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

École : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

*Apposer ici une vignette de mutuelle au nom de l'enfant*

**Cochez ci-dessous le choix que vous faites pour votre enfant. Ne pas oublier de dater et signer.**

- Je demande au médecin scolaire d'effectuer les vaccinations de rattrapage nécessaires.
- Je demanderai à mon médecin traitant d'effectuer ces vaccinations.
- Actuellement, je ne souhaite pas que mon enfant soit vacciné.

Date : \_\_\_\_\_

Nom d'un des parents, du tuteur ou de l'élève s'il est majeur : \_\_\_\_\_

N° de téléphone: \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Par ailleurs, l'ensemble des données personnelles et confidentielles concernant votre enfant est protégé par le secret professionnel (art. 458 c. pén.) ; la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel ; la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ; le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).

Vous disposez, à tout moment, d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant. Toute demande relative à l'exercice des droits ci-avant peut être introduite auprès de l'ONE par mail : [dpo@one.be](mailto:dpo@one.be) ou par courrier : DPO ONE, Chaussée de Charleroi 95, 1060 Bruxelles.

Plus d'informations sur la politique de confidentialité et de sécurité des données vaccinales : <http://www.one.be/contacts/vie-privee/politique-de-confidentialite-des-donnees/>