


**Autorisation  
de vaccinations**

# Autorisation de vaccinations

(Ce document est destiné au médecin et à l'infirmier(ère) de l'école)

Madame, Monsieur, Chers parents,

Notre service/centre se propose de vacciner **gratuitement** les élèves contre la rougeole, rubéole, oreillons (RRO) ainsi que d'autres maladies pour lesquelles ils ne seraient pas en ordre pour leur âge. Cette vaccination pourra se faire au cours de l'année scolaire, mais seulement **avec l'accord parental** (autorisation signée).

## LES VACCINS PROPOSÉS PROTÈGENT CONTRE LES MALADIES SUIVANTES :

**Vaccination RRO:** protège contre la Rougeole, la Rubéole et les Oreillons.

**Vaccination Tétravalente:** protège contre la Poliomyélite, la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche.

**Vaccination contre la Méningite C**

## LA VACCINATION :

Votre enfant recevra la/les injection(s) dans le haut du bras ou dans la cuisse.

## RÉACTIONS APRÈS LA VACCINATION :

Certains effets indésirables sont possibles après une vaccination. Ils sont généralement sans gravité et ne durent que quelques jours: rougeur, légère douleur à l'endroit où l'injection du vaccin est faite, fièvre de courte durée.

Pour le vaccin contre la Rougeole, la Rubéole et les Oreillons spécifiquement, environ 5 à 12 jours après, d'autres réactions sans gravité peuvent apparaître: fièvre, mal à la tête, mal aux articulations, réaction de la peau (petits boutons rouges).

Prenez contact avec votre médecin traitant si les effets indésirables durent plus longtemps ou ne s'améliorent pas.

## QUI PEUT VACCINER ?

L'équipe de médecine scolaire peut vacciner gratuitement votre enfant.

Votre médecin traitant peut également vacciner. Le vaccin est gratuit, mais uniquement s'il est commandé par votre médecin. Vous ne devez donc pas l'acheter en pharmacie. Contactez votre médecin pour plus d'information.

## AUTORISATION DE VACCINATION

Merci de nous renseigner votre choix à la page suivante.

Pour plus d'informations sur la vaccination : [www.vaccination-info.be](http://www.vaccination-info.be)



*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.*

*Par ailleurs, l'ensemble des données personnelles et confidentielles concernant votre enfant est protégé par le secret professionnel (art. 458 c. pén.) ; les dispositions de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques 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 (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/>

► **AUTORISATION À COMPLÉTER**



# Autorisation de vaccinations

(Ce document est destiné au médecin et à l'infirmier(ère) de l'école)

NOM, Prénom de l'élève : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Ecole : .....

Classe : .....

Apposer ici **UNE VIGNETTE DE MUTUELLE AU NOM DE L'ENFANT** ou noter son **NUMÉRO NATIONAL BELGE** : \_ . . . . . - . . . . .



**VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DE LA CARTE DE VACCINATIONS DE VOTRE ENFANT OU DES PAGES VACCINATION DE SON CARNET DE SANTÉ.**

### VEUILLEZ COCHER LA CASE DE VOTRE CHOIX

- Je demande à l'équipe de médecine scolaire** de vacciner gratuitement mon enfant contre RRO et/ou de mettre en ordre ses vaccinations.
- Je demanderai au médecin traitant** (généraliste ou pédiatre) de s'occuper des vaccinations de mon enfant
- Je ne souhaite pas** faire vacciner mon enfant actuellement pour la raison suivante : .....

### POUR NOUS PERMETTRE D'OFFRIR UN SERVICE DE QUALITÉ, MERCI DE RÉPONDRE À CES QUESTIONS :

- Votre enfant a-t-il déjà eu une allergie grave à la vaccination (gonflement de la bouche ou de la gorge, difficulté à respirer ou problème cardiaque) ?  OUI  NON
- Votre enfant souffre-t-il d'immunodépression (cela peut être le cas lors de cancer, chimiothérapie, etc...) ?  OUI  NON
- Votre enfant souffre / a-t-il souffert d'une maladie qui diminue le nombre de plaquettes sanguines (troubles de la coagulation)  OUI  NON
- Votre enfant souffre t-il d'une maladie neurologique qui n'est pas sous-contrôle  OUI  NON
- En cas de données manquantes, j'autorise le médecin/l'infirmier(ère) scolaire à contacter la consultation ONE ou le médecin (généraliste, pédiatre) ayant vacciné mon enfant  OUI  NON

Coordonnées de la consultation ONE et/ou du médecin traitant (nom, adresse, téléphone) : .....

Numéro de téléphone des parents : ..... / .....

Date : ..... / ..... / .....

### SIGNATURE(S) PARENTALE(S) :