SPSE UCLouvain 5541
Centre de Santé UCLouvain asbl

AUTORIZACIÓN PARA LAS VACUNAS DE RECUPERACIÓN

para niños recién llegados

Entre los 7 y los 18 años, las vacunas contempladas son: sarampión-rubéola-parotiditis (SRP), difteria-tétanos-tos ferina-(polio) y meningococo ACWY, si falta alguna.

1. INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO/A

Apellidos y nombre del niño/a: .....
Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....
País de nacimiento: .....
Fecha de llegada a Bélgica: .....
Escuela: .....
Clase: .....
Número de registro nacional del niño/a O etiqueta de la mutualidad: .....
¿Su hijo/a toma medicamentos todos los días por un problema de salud?
☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿qué medicamento(s)? (escriba los nombres): .....
¿Su hijo/a es alérgico/a a algún alimento o medicamento?
En caso afirmativo, ¿a cuál(es)? .....

2. VACUNACIÓN

Mi hijo/a recibió vacunas en su país de nacimiento (o en otro país: .....) antes de llegar a Bélgica: ☐ Sí ☐ No
→ En caso afirmativo, ¿hasta qué edad? ..... años

Mi hijo/a recibió vacunas en Bélgica: ☐ Sí ☐ No
→ En caso afirmativo, ¿qué vacunas?
.....

3. CARTILLA DE VACUNACIÓN

Adjunte una copia de la cartilla de vacunación o de las páginas «vacunación» del carnet de salud de su hijo/a (aunque no esté escrito en francés).

☐ Sí, tengo una cartilla de vacunación

El equipo médico de la escuela comprobará la cartilla de vacunación de su hijo/a antes de vacunarlo/a.

☐ No, no tengo cartilla de vacunación

4. ELIJA UNA OPCIÓN (marque una casilla)

☐ SÍ, autorizo al equipo médico de la escuela a completar gratuitamente las vacunas que le falten a mi hijo/a.

☐ NO, no deseo que vacunen a mi hijo/a.

Nombre de los padres (o del responsable del alumno/a): .....

Teléfono de los padres: ..... / ..... O ..... / .....
Correo electrónico de los padres (o del responsable del alumno/a): .....

Fecha: ..... / ..... / .....

Firma