SPSE UCLouvain 5541
Centre de Santé UCLouvain asbl

AUTORIZAÇÃO PARA VACINAS DE RECUPERAÇÃO

alunos do 2.º ano do ensino primário

Vacinas abrangidas: sarampo-rubéola-caxumba, difteria-tétano-coqueluche-(poliomielite) e meningococo ACWY, caso estejam em falta.*

1. INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA

Sobrenome e nome da criança: .....
Data de nascimento: ..... / ..... / .....
País de nascimento: .....
Data de chegada à Bélgica (apenas se a criança nasceu no estrangeiro): .....
Escola: .....
Turma: .....
Número de registo nacional da criança OU vinheta da « mutuelle »: .....
A criança toma medicamentos todos os dias devido a um problema de saúde? ☐ Sim ☐ Não
Em caso afirmativo, qual/quais medicamento(s)? (escreva os nomes): .....
A criança é alérgica a algum alimento ou medicamento?
Em caso afirmativo, a qual/quais? .....

2. VACINAÇÃO

☐ A minha criança nasceu na Bélgica e recebeu as vacinas recomendadas desde o nascimento.
☐ Sim ☐ Não → Em caso afirmativo, até que idade? ..... anos
☐ A minha criança recebeu vacinas no país de nascimento (ou noutro país: .....).
☐ Sim ☐ Não → Em caso afirmativo, quais vacinas? .....
☐ A minha criança não recebeu vacinas ou não disponho dessa informação.

3. CARTEIRA DE VACINAÇÃO

Junte uma cópia do registro das vacinas da criança (mesmo que não esteja escrito em francês).
☐ Sim, tenho o registro das vacinas / carteira de vacinação
A equipa médica da escola verificará o registro das vacinas da criança antes de a vacinar.
☐ Não, não tenho o registro / carteira de vacinação

4. ESCOLHA UMA OPÇÃO (assinale uma caixa)

☐ SIM, autorizo a equipa médica da escola a completar gratuitamente as vacinas em falta da minha criança. (* Se forem necessárias 3 vacinas, 2 serão administradas durante a avaliação de saúde; será proposta uma consulta para a 3ª vacina).

☐ NÃO, não desejo que a minha criança seja vacinada.

Nome dos pais (ou do responsável pela criança): .....
Telefone dos pais: ..... / ..... OU ..... / .....
E-mail dos pais (ou do responsável): .....
Data: ..... / ..... / .....

Assinatura