SPSE UCLouvain 5541
Centre de Santé UCLouvain asbl

ACORD PENTRU EFECTUAREA VACCINĂRILOR NEADMINISTRATE

elevilor din clasa a II-a primară

Vaccinurile vizate: rujeolă-rubeolă-oreion (ROR), difterie-tetanos-pertussis-(poliomielită) și vaccin meningococic ACWY, dacă lipsesc.*

1. INFORMAȚII DESPRE COPIL

Numele și prenumele copilului: .....
Data nașterii: ..... / ..... / .....
Țara de naștere: .....
Data sosirii în Belgia (numai dacă copilul s-a născut în străinătate): .....
Școala: .....
Clasa: .....
Numărul de registru național al copilului SAU eticheta casei de asigurări:
.....
Copilul ia medicamente zilnic pentru o problemă de sănătate? ☐ Da ☐ Nu
Dacă da, ce medicament(e)? (scrieți denumirile): .....
Copilul este alergic la vreun aliment sau medicament?
Dacă da, la care? .....

2. VACCINARE

☐ Copilul meu s-a născut în Belgia și a primit vaccinurile recomandate de la naștere.
☐ Da ☐ Nu → Dacă da, până la ce vârstă? ..... ani
☐ Copilul meu a primit vaccinuri în țara de naștere (sau în altă țară: .....).
☐ Da ☐ Nu → Dacă da, ce vaccinuri?
.....
☐ Copilul meu nu a primit vaccinuri sau nu dețin această informație.

3. CARNET DE VACCINARE

Vă rugăm să atașați o copie a carnetului de vaccinare sau a paginilor «vaccinare» din carnetul de sănătate al copilului (chiar dacă nu este în franceză).

☐ Da, am un carnet de vaccinare
Echipa medicală a școlii va verifica carnetul de vaccinare al copilului înainte de vaccinare.
☐ Nu, nu am carnet de vaccinare

4. ALEGEȚI O OPȚIUNE (bifați o căsuță)

☐ DA, autorizez echipa medicală a școlii să completeze gratuit vaccinurile care îi lipsesc copilului meu. (* Dacă sunt necesare 3 vaccinuri, 2 vor fi administrate la vizita medicală; se va propune o programare pentru al 3-lea.)

☐ NU, nu doresc vaccinarea copilului meu.

Numele părinților (sau al persoanei responsabile de elev): .....
Telefonul părinților: ..... / ..... SAU ..... / .....
E-mail: .....
Data: ..... / ..... / .....

Semnătura