SPSE UCLouvain 5541
Centre de Santé UCLouvain asbl

AUTORIZAÇÃO PARA VACINAS DE RECUPERAÇÃO

para crianças recém-chegadas

Entre os 7 e os 18 anos, as vacinas em questão são: sarampo-rubéola-caxumba, difteria-tétano-coqueluche-(poliomielite) e meningococo ACWY, caso estejam em falta.

1. INFORMAÇÕES SOBRE O(A) ALUNO(A)

Sobrenome e nome do aluno(a): .....
Data de nascimento: ..... / ..... / .....
País de nascimento: .....
Data de chegada à Bélgica: .....
Escola: .....
Turma: .....
Número de registo nacional do(a) aluno(a) OU vinheta da « mutuelle »: .....
Ele/Ela toma medicamentos todos os dias devido a um problema de saúde?
☐ Sim ☐ Não
Em caso afirmativo, qual/quais medicamento(s)? (escreva os nomes): .....
Ele/Ela é alérgico(a) a algum alimento ou medicamento?
Em caso afirmativo, a qual/quais? .....

2. VACINAÇÃO

O meu/minha filho(a) recebeu vacinas no seu país de nascimento
(ou noutro país: .....) antes de chegar à Bélgica? ☐ Sim ☐ Não
→ Em caso afirmativo, até que idade? ..... anos

O meu/minha filho(a) recebeu vacinas na Bélgica: ☐ Sim ☐ Não
→ Em caso afirmativo, quais vacinas?
.....

3. CARTEIRA DE VACINAÇÃO

Junte uma cópia do registro das vacinas do seu filho(a) (mesmo que não esteja escrito em francês).

☐ Sim, tenho o registro das vacinas

A equipa médica da escola verificará o registro das vacinas antes de vacinar.

☐ Não, não tenho o registro das vacinas

4. ESCOLHA UMA OPÇÃO (assinale uma caixa)

☐ SIM, autorizo a equipa médica da escola a completar gratuitamente as vacinas em falta do meu/minha filho(a).

☐ NÃO, não desejo que o meu/minha filho(a) seja vacinado(a).

Nome dos pais (ou do responsável pelo aluno(a)): .....

Telefone dos pais: ..... / ..... OU ..... / .....
E-mail dos pais (ou do responsável pelo aluno): .....

Data: ..... / ..... / .....

Assinatura