

NOTICE POUR VACCINATIONS MANQUANTES ET ADMISSION PROVISOIRE



La Règle d'Immunisation de Vermont, adoptée en vertu de 18 V.S.A. § 1123, exige qu'avant leur entrée, les enfants / élèves doivent avoir toutes les vaccinations nécessaires, à moins exemptés pour des raisons médicales ou religieuses.

Les dossiers de vaccination présentés pour l'enfant / élève nommé ci-dessous sont manquants ou incomplets.

Si l'enfant / élève a reçu la dose (s) encerclée, prière de soumettre un dossier d'immunisation à l'établissement de garde de l'enfant ou au bureau de santé scolaire immédiatement.

Si l'enfant / élève a un rendez-vous pour recevoir le vaccin (s) manquant, compatible avec le calendrier de vaccination du Centre pour le contrôle et la Prévention de maladies (CDC), la section d'admission provisoire ci-dessous doit être complétée par un prestataire de soins de santé et soumis à la garderie ou à l'école.

Nom et Prénom de l'enfant/élève

Date de naissance

____ Il n'y a aucune trace de vaccinations ou formulaire d'exemption à l'école pour l'élève nommé ci-dessus.

____ Le Vaccin et la dose (s) encerclés ci-dessous indiquent ce qui est nécessaire pour l'élève afin de répondre aux règles d'immunisation de l'école Vermont.

____ Le Vaccin et la dose (s) encerclés ne répondent pas aux recommandations pour la vaccination complète selon les règles d'immunisation de Vermont et de la CDC. Une dose (s) supplémentaire (s) est / sont nécessaire(s).

Type de Vaccin	Dose (s) Manquante (s)
DTaP/Td/Tdap	1 2 3 4 5 1 (Tdap)
Polio <i>* non applicable pour collégiens</i>	1 2 3 4
MMR	1 2
Hépatite B	1 2 3
Varicelle <i>* ou documentation sur l'historique de la maladie</i>	1 2
Méningocoque <i>* requis uniquement pour les étudiants résidentiels (dortoir) des classes de 5eme – Terminale et collégiens de 1ere année de dortoir</i>	1 2
Antipneumococcique (PCV) <i>*requis uniquement pour la garde d'enfants</i>	1 2 3 4
Haemophilus influenzae de type b (Hib) <i>*requis uniquement pour la garde d'enfants</i>	1 2 3 4

Demande d'admission provisoire :

L'enfant / élève nommé ci-dessus est en train de terminer les besoins en vaccins. Un rendez-vous de vaccination est prévu le (jj / mm / aa) ____ / ____ / _____. Après la vaccination, le parent sera fourni de la documentation et conseillé de déposer le dossier de vaccination mis à jour à la garderie ou à l'école

Nom Imprimé du prestataire de soins de santé

Signature du prestataire de soins de santé

Date : ____ / ____ / ____

Numéro de téléphone : _____

Pour discuter de cet avis, appeler l'infirmière de l'école ou l'administrateur
_____ téléphone _____

070116