

Attestation pour l'administration du vaccin COVID-19 aux enfants mineurs conformément à l'Autorisation d'utilisation d'urgence (À remplir de manière lisible en caractères d'imprimerie)

**Ne remplir ce formulaire que si vous acceptez que votre enfant reçoive le vaccin COVID-19.**

Nom complet de l'enfant mineur : \_\_\_\_\_

Informations concernant le parent/tuteur/représentant légal :

Date de naissance de l'enfant mineur : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 MM JJ AAAA

Numéro de téléphone : (\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_)

Origine raciale de l'enfant mineur (Cocher une case) :

- Blanche
- Noire ou afro-américaine
- Asiatique
- Amérindien ou autochtone de l'Alaska
- Autochtone d'Hawaï ou insulaire du Pacifique

Origine ethnique de l'enfant mineur (Cocher une case) :

- Hispanique ou latino-américaine
- Non hispanique ou latino-américaine

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

*Adresse du domicile :*

\_\_\_\_\_  
*Ville, État, Code postal*

Sexe de l'enfant mineur (Cocher une case) :  Masculin  Féminin

Population cible ou occupation : \_\_\_\_\_ Lieu de la vaccination : \_\_\_\_\_

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Le/La mineur·e souffre-t-il/elle actuellement d'une maladie infectieuse qui est active ou d'une maladie respiratoire aiguë, ou de fièvre ?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Le/La mineur·e a-t-il/elle déjà eu une réaction allergique grave à l'un des ingrédients du vaccin figurant dans la fiche informative de l'Autorisation d'utilisation d'urgence (EUA) ou dans d'autres documents qui vous ont été remis concernant le vaccin ?   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Le/La mineur·e a-t-il/elle reçu un autre vaccin COVID-19 ?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Le/La mineur·e a-t-il/elle déjà eu une réaction allergique grave à la suite de l'administration de la dose précédente de ce vaccin ?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Le/La mineur·e a-t-il/elle reçu d'autres vaccins au cours des 14 derniers jours ?   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 6. La mineure est-elle enceinte ou allaite-t-elle ?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 7. Le/La mineur·e est-il/elle immunodéprimé·e ou prend-il/elle un médicament affectant son système immunitaire ? (Exemple : cortisone, prednisone, médicaments anticancéreux, médicaments pour la polyarthrite rhumatoïde, la maladie de Crohn ou le psoriasis, le VIH/SIDA, la leucémie, la spondylarthrite ankylosante ou un traitement de radiothérapie). | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 8. Le/La mineur·e souffre-t-il/elle d'un trouble de la coagulation ou prend-il/elle un anticoagulant ?   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 9. Le/La mineur·e a-t-il/elle des allergies ?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Je comprends que le vaccin COVID-19 que l'enfant susnommé·e va recevoir lui est administré en vertu d'une Autorisation d'utilisation d'urgence (EUA) délivrée par la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis. J'ai reçu et j'ai lu la fiche informative de l'EUA destinée aux personnes recevant ce vaccin (et/ou toute autre documentation m'ayant été remise sur le vaccin), expliquant en détail les avantages et les risques liés à ce vaccin. Je reconnais que le département de Santé publique du comté Hamilton (Hamilton County Public Health - HCPH) ne me donne aucune garantie, pas plus qu'à l'enfant recevant le vaccin, quant au(x) résultat(s) de cette vaccination, et je comprends qu'elle pourra entraîner des effets secondaires. Selon le fabricant du vaccin, je comprends également que si deux doses doivent être administrées, je m'engage à prendre rapidement rendez-vous pour que le mineur puisse recevoir la deuxième dose, comme indiqué.

Je sais que la décision de faire vacciner l'enfant susnommé·e m'appartient, et j'autorise le service HCPH à lui administrer le vaccin COVID-19 en vertu de l'Autorisation d'utilisation d'urgence. En signant ce formulaire, je confirme également que : le/la mineur·e susnommé·e est âgé·e de 12 ans ou plus ; que j'ai lu cette attestation ou qu'elle m'a été effectivement communiquée ; que j'ai reçu une réponse satisfaisante à toutes les questions que j'avais à ce sujet ou au sujet des documents relatifs aux vaccins qui m'ont été remis par le HCPH. Je comprends et j'accepte les termes de cette attestation. Je suis le parent ou le tuteur légal de l'enfant susnommé·e et je signe cette attestation de mon plein gré.

Signature du patient ou du parent/tuteur légal : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom en toutes lettres du patient ou du parent/tuteur légal : \_\_\_\_\_