

Annick HUGUET
Secrétariat du Proviseur
Tél. 02.33.75.67.67
Mél. Ce.0501219d@ac-caen.fr

Saint-Lô, le 30 août 2021

Sous couvert de
Jacky BOROWCZAK
Proviseur

Aux parents d'élèves

LPO Curie-Corot
377 rue de l'Exode BP 290
50010 SAINT-LO cedex

Objet : Vaccination

Madame, Monsieur,

Comme l'a indiqué Madame la Rectrice, une campagne de vaccination aura lieu dans les lycées. Pour Curie-Corot, ce sera le 9 ou 10 septembre pour la 1^{ère} dose.

Afin d'organiser celle-ci au mieux, nous vous invitons, si vous souhaitez faire vacciner votre enfant à remplir le talon ci-dessous. Celui-ci devra être remis au plus tard le lundi 6 septembre à **la vie scolaire**. En outre, le jour de la vaccination (9 ou 10 septembre), vous voudrez bien remplir et apporter les formulaires 1 et 2 ci-joints. Le formulaire 2 devra être mis sous pli cacheté avec nom, prénom de l'élève et sa classe.

 **NE RENVOYER AUCUN DOCUMENT PAR MAIL.**

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.




Jacky BOROWCZAK

Je soussigné M. Mme

Responsable(s) légal(aux) de l'élève NOM : Prénom :

Classe :

souhaite que mon enfant se fasse vacciner au lycée Curie-Corot le 9 ou 10 septembre 2021.

A (lieu) Le (date).....

Signature :

FORMULAIRE 1

RECENSEMENT DES ÉLÈVES À VACCINER CONTRE LA COVID-19

Concerne les élèves de 12 ans et plus non vaccinés contre la covid-19

Je soussigné(e),

Parent 1 : _____

Parent 2 (*facultatif*) : _____

certifiant agir en qualité de parent exerçant l'autorité parentale / tuteur légal ¹

Elève (*uniquement pour les élèves âgés de 16 ans et plus*) : _____

autorise le centre de vaccination ou l'équipe mobile de vaccination opérant dans l'établissement

à vacciner mon enfant contre la Covid-19 / à me vacciner ²

Oui

Non

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Classe : _____

Fait à _____

Le _____

Signature(s)

¹ Veuillez rayer les mentions inutiles

² Par dérogation à l'art. 371-1 du code civil, la vaccination contre la Covid-19 peut être pratiquée à sa demande sur le mineur de 16 ans et plus.

FORMULAIRE 2

QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

A remettre sous enveloppe cachetée à l'attention de l'infirmière de l'établissement

Informations concernant les élèves de 12 ans et plus non vaccinés contre la covid-19

Je soussigné(e) : (un des deux parents donne son autorisation)

Mme / M. : _____ en qualité de parent exerçant l'autorité parentale / tuteur légal

Nom de l'élève : _____ Prénom de l'élève : _____

Date de naissance : __ / __ / ____ Classe : _____

N° de sécurité sociale :

Parent 1 : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | / | _ | _ | Parent 2 : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | / | _ | _ |

Elève 16 et plus : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | / | _ | _ |

Obligatoire pour la remise du Pass sanitaire

Autorise à vacciner l'enfant/ à me vacciner

Fait à _____ Le : __ / __ / ____

Signature(s) parent(s) / tuteur

Avez-vous un test positif (PCR ou antigénique) dans les trois derniers mois ? Si oui, venir avec le résultat du test. date	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous reçu un vaccin au cours des 3 dernières semaines ? Si oui lequel et à quelle date:	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Votre enfant a-t-il des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité (réaction) à certaines substances ou d'autres vaccins ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Présentez-vous des troubles de la coagulation ? Si oui laquelle :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous fait un syndrome inflammatoire multi systémique pédiatrique (PIMS) à la suite d'un infection par le SARS-COV-2 ou d'une première injection ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si votre enfant prend un traitement, lequel ? :		

Vaccination à renseigner par l'équipe de vaccination

Je, soussigné(e) avoir transmis à mon patient toutes les informations liées à la vaccination pour la COVID-19, et l'avoir vacciné pour : |1^{ère}| |2^{ème}| injection avec le vaccin : PFIZER MODERNA issu du lot : _____

Le vaccin a été administré par : Injection intramusculaire dans le : Bras Gauche ou Bras Droit

Je l'ai informé que sa prochaine injection devrait avoir lieu à partir du : __ / __ / ____

Identification du vaccinateur

(Nom et prénom)

.....
Identifiant : : _____

Date : __ / __ / ____

Signature du vaccinateur :