

Certificat d'exemption (COE)

de l'obligation¹ d'immunisation pour l'école, la crèche et le jardin d'enfants



DOH 348-106 Révisé : 10/15/08 French

| | | | |
|---------------------------------|--------------------|-------------------------------|--|
| Nom de famille de l'enfant : | Prénom : | Initiale du deuxième prénom : | Adresse de l'enfant : |
| Date de naissance de l'enfant : | Sexe de l'enfant : | | |
| Nom du parent/tuteur : | | | Numéro de téléphone du parent/tuteur pendant la journée: |

Veillez choisir la (les) dispense(s) concernant votre enfant dans la liste ci-dessous.

Dispense médicale temporaire

Dispense médicale permanente

Je certifie que l'enfant désigné sur ce formulaire est dispensé pour raisons médicales de recevoir le(s) vaccin(s) suivant(s) :

| Vaccin(s) | Jusqu'à | Date (ou Perm.) |
|-----------|---------|-----------------|
| X | | |

Taper ou inscrire en lettres d'imprimerie le nom du prestataire de soins licencié (médecin, ostéopathe, naturopathe, adjoint au médecin, infirmière praticienne)

X

| | |
|--|------|
| Signature du prestataire de soins licencié | Date |
|--|------|

Dispense pour raison personnelle/philosophique

Dispense religieuse

Je ne veux pas que mon enfant reçoive le(s) vaccin(s) suivant(s).

| | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diphtérie | <input type="checkbox"/> Hépatite B | <input type="checkbox"/> Hib |
| <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Coqueluche |
| <input type="checkbox"/> Pneumococcique | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Rubéole |
| <input type="checkbox"/> Tétanos | <input type="checkbox"/> Varicelle | |

Autre (préciser) :

Note du parent/tuteur : « Je certifie que les informations fournies sont correctes et vérifiables. Je comprends qu'en cas d'épidémie d'une maladie pouvant être prévenue par un vaccin, mon enfant n'est pas complètement immunisé(e) (tel qu'indiqué ci-dessus, pour raisons médicales, personnelles, philosophiques ou religieuses), que mon enfant peut courir le risque de tomber malade et qu'il/elle peut **être exclu(e)** de l'école, de la crèche ou du jardin d'enfants jusqu'à la fin de l'épidémie. »

| | |
|----------------------------|------|
| Signature du parent/tuteur | Date |
|----------------------------|------|

¹ RCW 28A.210.080-090 déclare qu'avant ou dès le premier jour de présence dans une école publique ou privée ou une crèche licenciée dans l'État de Washington, tout enfant doit présenter une des preuves suivantes : (1) immunisation complète, (2) l'initiation et le respect d'un calendrier de vaccinations, comme requis par le bureau de santé de l'état, ou (3) un certificat d'exemption, signé par un parent ou tuteur. Les dispenses médicales doivent être signées par un prestataire de soins licencié.