

Autorisation de vaccination générale

(Ce document est destiné au médecin et à l'infirmier(ère) de l'école)

Madame, Monsieur, Chers parents,

Notre service/centre se propose de vacciner **gratuitement** les élèves qui ne sont pas en ordre de vaccination pour leur âge. Les rattrapages possibles concernent la vaccination contre la Rougeole, la Rubéole, les Oreillons, la vaccination contre la Diphtérie, le Tétanos, la Coqueluche et la poliomyélite, la vaccination contre les Méningites ACWY (jusqu'en 2^{ème} primaire), la vaccination contre le papillomavirus humain, la vaccination contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche et la vaccination contre l'Hépatite B. Ces rattrapages de vaccination pourront se faire au cours de l'année scolaire, ou la suivante pour les vaccinations nécessitant plusieurs doses, mais seulement **avec l'accord parental (autorisation signée)**. Merci de remplir attentivement le document suivant.

LES VACCINS PROPOSÉS PROTÈGENT CONTRE LES MALADIES SUIVANTES :

Vaccination RRO : protège contre la Rougeole, la Rubéole et les Oreillons.

Vaccination Tétravalente : protège contre la Poliomyélite, la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche.

Vaccination contre les Méningites ACWY

Vaccination HPV : protège contre le papillomavirus humain.

Vaccination trivalente : protège contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche.

Vaccination contre l'Hépatite B

LA VACCINATION :

Votre enfant recevra la/les injection(s) dans le haut du bras ou dans la cuisse.

RÉACTIONS APRÈS LA VACCINATION :

Certains effets indésirables sont possibles après une vaccination. Ils sont généralement sans gravité et ne durent que quelques jours : rougeur, légère douleur à l'endroit où l'injection du vaccin est faite, fièvre de courte durée.

Pour le vaccin contre la Rougeole, la Rubéole et les Oreillons spécifiquement, environ 5 à 12 jours après, d'autres réactions sans gravité peuvent apparaître : fièvre, mal à la tête, mal aux articulations, réaction de la peau (petits boutons rouges).

Prenez contact avec votre médecin traitant si les effets indésirables durent plus longtemps ou ne s'améliorent pas.

QUI PEUT VACCINER ?

L'équipe de médecine scolaire peut vacciner gratuitement votre enfant.

Votre médecin traitant peut également vacciner. Le vaccin est gratuit, mais uniquement s'il est commandé par votre médecin. Vous ne devez donc pas l'acheter en pharmacie. Contactez votre médecin pour plus d'information.

AUTORISATION DE VACCINATION

Merci de nous renseigner votre choix à la page suivante.

Pour plus d'informations sur la vaccination :



La participation de l'enfant au programme de vaccination engendre un traitement de données à caractère personnel pour lequel l'ONE est responsable de traitement.

Le traitement de données est obligatoire, en vue de documenter les actes médicaux réalisés (article 9 de la loi du 28/08/2002 relative aux droits du patient, article 35 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, article 13 du Décret du 1^{er} février 2024 relatif au traitement des données à caractère personnel dans le cadre des programmes de médecine préventive, art. 19/2, 5., du Décret du 17 avril 2019 relatif à la promotion de la santé à l'école et dans l'enseignement supérieur hors universités).

Ce traitement inclut un enregistrement dans un Registre vaccinal sécurisé (base de données e-vax). Afin d'assurer le suivi des vaccinations, ces données sont aussi partagées avec le coffre-fort sanitaire de la région où l'enfant est domicilié, disponibles pour des professionnels des soins de santé qui ont une relation de soin avec le patient (médecins, consultations de l'ONE, services de promotion de la santé à l'école).

Les données seront conservées également dans le dossier médical de votre enfant durant 30 ans.

Pour permettre leur traitement ultérieur à des fins d'épidémiologie et de statistique, les données sont anonymisées. Les données sont traitées conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD).

Vous disposez (sans frais), notamment, d'un droit d'accès et de correction des données. Pour découvrir l'ensemble des droits : www.one.be/politique-de-confidentialite

Pour exercer ces droits : DPO, Chaussée de Charleroi 95, 1060 Bruxelles ou par courriel à l'adresse DPO@one.be.

Pour l'exercice de vos droits relatif au partage des données : www.reseausantewallon.be/patients/je-minforme/mes-droits-en-tant-que-patient



Autorisation de vaccination 2026 - 2027

(Ce document est destiné au médecin et à l'infirmier(ère) de l'école)

NOM, Prénom de l'élève :
Date de naissance : / /
École :
Classe :
NUMÉRO NATIONAL BELGE DE L'ENFANT :
.....



VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DE LA CARTE DE VACCINATIONS DE VOTRE ENFANT OU DES PAGES VACCINATION DE SON CARNET DE SANTÉ.

VEUILLEZ COCHER LA CASE DE VOTRE CHOIX

- ☐ Je demande à l'équipe de médecine scolaire de mettre gratuitement en ordre de vaccination mon enfant.
- ☐ Je demanderai au médecin traitant (généraliste ou pédiatre) de vacciner mon enfant.
- ☐ Je ne souhaite pas faire vacciner mon enfant actuellement pour la raison suivante :
.....

POUR NOUS PERMETTRE D'OFFRIR UN SERVICE DE QUALITÉ, MERCI DE RÉPONDRE À CES QUESTIONS :

- Votre enfant a-t-il déjà eu une allergie grave à la vaccination (gonflement de la bouche ou de la gorge, difficulté à respirer ou problème cardiaque) ? ☐ OUI ☐ NON
- Votre enfant souffre-t-il d'immunodépression (cela peut être le cas lors de cancer, chimiothérapie, etc...) ? ☐ OUI ☐ NON
- Votre enfant souffre / a-t-il souffert d'une maladie qui diminue le nombre de plaquettes sanguines (troubles de la coagulation) ? ☐ OUI ☐ NON
- Votre enfant souffre-t-il d'une maladie neurologique qui n'est pas sous-contrôle ? ☐ OUI ☐ NON
- En cas de données manquantes, j'autorise le médecin/l'infirmier(ère) scolaire à contacter la consultation ONE ou le médecin (généraliste, pédiatre) ayant vacciné mon enfant : ☐ OUI ☐ NON

Coordonnées de la consultation ONE et/ou du médecin traitant (nom, adresse, téléphone) :
.....

Nom(s) du/des parent(s)/responsable exerçant l'autorité parentale :

Adresse :

Numéro de téléphone : /

Date : / /

SIGNATURE :