



# Formulaire d'opposition au calendrier vaccinal de la petite enfance

04/2023 V1

**Déclaration de confidentialité : le personnel du HSE connaît son obligation au regard des lois sur la protection des données, 1988-2018 (dont le RGPD). Les informations fournies seront incluses dans une base de données de vaccination. Le HSE utilisera ces informations pour valider les bénéficiaires, surveiller les programmes de vaccination et prodiguer des soins.**

Prénom de l'enfant  Autre(s) prénom(s) (le cas échéant)  Nom

Date de naissance de l'enfant :  Sexe de l'enfant : Masculin  Féminin

Adresse :

Nom et adresse du médecin traitant :

## Je reconnais que je suis au courant des faits suivants :

- Je comprends que le calendrier vaccinal de la petite enfance protégera mon enfant contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la polio, les infections à *Hæmophilus influenzae* de type B, l'hépatite B, les infections à méningocoques B et C, les infections à pneumocoques, les infections à rotavirus, la rougeole, les oreillons et la rubéole.
- Je comprends qu'en ne suivant pas le calendrier vaccinal de la petite enfance, mon enfant risque de contracter des maladies qui peuvent être évitées par les vaccins.
- Je comprends qu'en ne suivant pas le calendrier vaccinal de la petite enfance, mon enfant est susceptible de transmettre des maladies qui peuvent être évitées par les vaccins à d'autres enfants et à des adultes vulnérables.

## Je m'oppose aux vaccins suivants (veuillez cocher les cases) :

Vaccin hexavalent  Men B  VPC  Rotavirus  Men C  ROR  Hib/Men C

**Vaccin hexavalent** Vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la polio, les infections à *Hæmophilus influenzae* de type B (Hib), l'hépatite B  
**Men B** Vaccin contre les infections à méningocoques B **VPC** Vaccin pneumococcique conjugué **Men C** Vaccin contre les infections à méningocoques C  
**ROR** Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole **Hib/Men C** Vaccin contre les infections à *Hæmophilus influenzae* de type B et les infections à méningocoques C

## Je choisis de m'opposer à la vaccination pour les raisons suivantes :

  

**Je comprends que je peux faire vacciner mon enfant à une date ultérieure si je change d'avis.**

**J'ai lu et compris l'intégralité des informations figurant sur ce formulaire d'opposition et je suis habilité(e) à m'opposer à la vaccination au nom de l'enfant susmentionné.**

Signature :  Date :

Nom (en caractères d'imprimerie) :  Veuillez cocher : Parent  Responsable légal