

# Formulaire de dispense d'immunisation pour les garderies

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom(s)

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
aaaa mm jj No d'ass.-maladie No de téléphone de jour

Adresse \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Nom du parent ou du tuteur légal \_\_\_\_\_

Nom de la garderie \_\_\_\_\_

Adresse de la garderie \_\_\_\_\_

**Remplir la section 1 ou la section 2 ci-dessous**

## Section 1. Dispense pour raisons médicales

Pour raison médicales, l'enfant susmentionné ne répond pas aux exigences du calendrier des immunisations systématiques du Nouveau-Brunswick. Ces immunisations sont potentiellement nuisibles à la santé de l'enfant et je recommande qu'elle ne soient pas administrées.

Les vaccins conçu pour la protection contre les maladies suivantes ne sont pas recommandés pour cet enfant \_\_\_\_\_

Nom du médecin \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
aaaa mm jj

## Section 2. Objection d'un parent

Je m'oppose à ce que mon enfant susmentionné soit vacciné et je demande donc une dispense aux exigence en matière d'immunisation énoncées dans le règlement en vertu de la Loi sur la Santé publique (2009). Je comprends que mon enfant peut ne pas avoir le droit d'aller à l'école ou à la garderie dans l'éventualité d'une éclosion d'une de ces maladies évitables par la vaccination.

S.V.P. indiquer si l'opposition s'applique à un vaccin ou à la série vaccinale au complet. Si l'opposition à un ou plusieurs vaccins, précisez-le ou les ci-dessous :

Signature du parent/tuteur légal \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
aaaa mm jj