ᐊᓐᓂᐊᖅᑲᕐᓇᖕᒋᑦᑐᓕᕆᔨ
Department of Health
Munaqhiliqiyitkut
Ministère de la Santé

Consentement au vaccin contre la COVID-19

Remplir cette partie ou y apposer une étiquette.

Nom de famille : _____

Prénom : _____

Localité : _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____

Numéro de carte santé : _____

Téléphone : _____

Adresse courriel (facultatif) : _____

Numéro de la maison (facultatif) : _____

Coordonnées de la parentèle ou tutelle

Nom : _____ Téléphone : _____

Considérant l'âge de la personne dont le nom figure à la tête de ce formulaire et son dossier de vaccination contre la COVID-19, nous lui recommandons de recevoir les vaccins suivants :

- ☐ Spikevax^{MD} de Moderna (Original) – de 6 mois à < 5 ans
- ☐ Comirnaty^{MD} de Pfizer-BioNTechy (Original) – de 5 ans à < 12 ans
- ☐ Comirnaty^{MD} de Pfizer-BioNTechy (Bivalent) – de 5 ans à < 12 ans
- ☐ Comirnaty^{MD} de Pfizer-BioNTechy (Original) – 12 ans et +
- ☐ Comirnaty^{MD} de Pfizer-BioNTechy (Bivalent) – 12 ans et +
- ☐ Autre : _____

Consentement à recevoir le vaccin la COVID-19 :

- Je comprends les renseignements contenus dans la fiche d'information sur le vaccin contre la COVID-19.
- Je comprends les bienfaits et les réactions possibles du vaccin contre la COVID-19 et le risque de ne pas me faire vacciner.
- J'ai eu l'occasion de poser des questions et d'y obtenir des réponses satisfaisantes.
- Je consens à ce que le vaccin contre la COVID-19 soit administré à : Mon enfant ☐ L'enfant dont j'ai la tutelle ☐ Moi-même ☐

_____

Nom en caractères d'imprimerie	**Signature de la personne à vacciner ou de sa parentèle ou tutelle**	**Date (jj/mm/aaaa)**