



---

# Dossier élève

établissement scolaire :

Classe : \_\_\_\_\_



CENTRE DE VACCINATION  
LA BASSÉE



# QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Numéro de Sécurité Sociale (élève + 16 ans) :

.....

Numéro de Sécurité Sociale (parent sur lequel l'élève est rattaché) :

.....

**IMPORTANT :** Si l'élève dispose de son propre numéro de sécurité sociale, merci d'indiquer le numéro de Sécurité Social du parent sur lequel il était auparavant rattaché.

**1/ L'élève a-t-il déjà reçu une première injection ?**

Si non, souhaite-t-il faire un Test  
Sérologique Rapide (TROD) ?

Oui

Non

Oui

Non

Si oui :

date de la 1ere injection : .....

Type vaccin reçu :  Comminarty - Pfizer  Spikevax - Moderna

**IMPORTANT :** Le centre de Vaccination de La Bassée ne dispose que du vaccin Comminarty - Pfizer. Il sera donc dans l'impossibilité de délivrer une 2nde dose du vaccin Spikevax - Moderna

**2/ L'élève a-t-il déjà contracté la covid-19 ?**

Oui

Non

Si oui :

date du test positif (PCR, antigénique, ou sérologique) : .....  
(fournir une copie du résultat au dossier élève)

**3/ L'élève a-t-il reçu un vaccin au cours des dernières trois semaines?**

Oui  Non

Si oui lequel : .....

**4/ L'élève a-t-il des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité à certaines substances ou avec d'autres vaccins ?**

Oui  Non

**5/ L'élève présente-t-il des troubles de la coagulation (en particulier une baisse des plaquettes ou traitement anticoagulant) ?**

Oui  Non

**6/ L'élève a-t-il fait un syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) à la suite d'une infection à la COVID-19 ou d'une première injection ?**

Oui  Non

**7/ L'élève est-elle enceinte ?**

Oui  Non

**8/ L'élève allaite-t-elle ?**

Oui  Non

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN LE JOUR DE LA VACCINATION**

**9/ L'élève fait-il de la fièvre ?**

Oui  Non

Date : ...../...../.....

Signature du médecin :

# AUTORISATION A LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19



Je soussigné(e),

Parent 1 : \_\_\_\_\_

Parent 2 (facultatif) : \_\_\_\_\_

certifiant agir en qualité de parent exerçant l'autorité parentale / tuteur légal <sup>1</sup>

Elève (uniquement pour les élèves âgés de 16 ans et plus) :

\_\_\_\_\_

autorise le Centre de vaccination **de La Bassée**

- à vacciner mon enfant contre la Covid-19 / à me vacciner <sup>2</sup>

Oui       Non

- à effectuer un test rapide d'orientation diagnostique sérologique (TROD) <sup>3</sup>

Oui       Non

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature(s)

<sup>1</sup> Veuillez rayer les mentions inutiles

<sup>2</sup> Par dérogation à l'art. 371-1 du code civil, la vaccination contre la Covid-19 peut être pratiquée à sa demande sur le mineur de 16 ans et plus.

<sup>3</sup> Un test rapide d'orientation diagnostique sérologique (TROD) pourra être proposé. Ce test, réalisé à partir d'une goutte de sang prélevée au bout du doigt, permet de déterminer si l'élève a déjà été infecté par la Covid-19. Si le test est positif, l'élève n'aura besoin que d'une seule injection pour compléter son schéma vaccinal.