

## VACCINATIONS des élèves de 4<sup>ième</sup> secondaire

A 15-16 ans, des vaccinations sont recommandées et les vaccins peuvent être réalisés par le médecin scolaire ou le médecin traitant:

- le rappel diphtérie, tétanos et coqueluche
- le rattrapage de la 2<sup>ème</sup> dose RRO (rougeole-rubéole-oreillons), si pas reçue en 6<sup>ème</sup> primaire

Ces vaccins sont **gratuits** et les vaccinateurs peuvent l'obtenir auprès des services de la Fédération Wallonie Bruxelles. Les dates des vaccinations effectuées pour votre enfant seront enregistrées dans une banque de données vaccinales, ceci afin d'éviter la perte de données vaccinales chez les enfants et les jeunes. La commission de protection de la vie privée a donné son accord pour la constitution de cette banque de données qui sera consultable par les médecins vaccinateurs de votre enfant. En l'absence de refus de votre part, les données seront encodées. En cas de refus, votre décision n'aura pas d'influence sur les soins médicaux prodigués.

Toutes les personnes qui participent à l'organisation du programme de vaccination se sont engagées à se conformer à la loi du 8/12/1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel (et à ses arrêtés d'exécution) ainsi qu'aux dispositions relatives au secret professionnel et médical. Toute demande de suppression dans la banque de données vaccinales peut être introduite par courrier à Direction générale de la Santé de la FWB. Le texte de la délibération du Comité sectoriel sécurité sociale et santé de la Commission de la protection de la vie privée est consultable sur le site de la DG santé : [www.sante.cfwb.be](http://www.sante.cfwb.be)

### Veillez remplir ce document et joindre une copie de la carte de vaccination

NOM et prénom de l'enfant.....

Date naissance .....Ecole..... Classe .....

Apposer ici une vignette de mutuelle  
au nom de l'enfant

**Cochez ci-dessous les choix que vous faites. Ne pas oublier de dater et signer.**

- Je demande au médecin scolaire d'effectuer le vaccin contre la **diphtérie, le tétanos et la coqueluche**
- Je demande au médecin scolaire d'effectuer le vaccin contre la **rougeole, la rubéole et les oreillons**
- Je demanderai à mon médecin traitant de compléter les vaccinations
- Actuellement, je ne souhaite pas de vaccination
- Mon enfant est en ordre de vaccination

Nom d'un des parents ou du jeune s'il est majeur.....Tel.....

Date .....

Signature .....