



Ste Geneviève des  
Bois

**Le Principal  
Aux  
Parents d'élèves**



**Objet : Campagne de vaccination contre le virus A (H1N1)2009 dans les collèges et les lycées.**

La campagne de vaccination contre le virus A(H1N1)2009, décidée par le gouvernement concerne les enfants d'âge scolaire. Comme pour l'ensemble de la population, la vaccination des publics scolaires est fondée sur une démarche volontaire.

Des séances de vaccination seront organisées, à partir du 25 novembre 2009, dans l'enceinte des collèges et lycées publics et privés sous contrat. Ce dispositif relève de la responsabilité du préfet, dans le cadre du plan départemental de vaccination, en concertation avec les services académiques.

Les vaccinations seront réalisées par des équipes mobiles de vaccination, composées d'administratifs et de professionnels de santé, médecins et infirmiers(ères), sous la responsabilité d'une équipe opérationnelle départementale.

Réf  
H1N1 11-01

Dossier suivi par  
Direction

Téléphone  
01 60 15 34 88

Fax  
01 69 25 03 45

Mel  
0911042n  
@ac-versailles.fr

**Lé rôle des parents :**

- Ils demeurent libres de privilégier une vaccination dans le centre de vaccination de leur lieu de résidence. Cela concerne notamment les enfants rencontrant des problèmes de santé particuliers ou que les parents souhaiteraient accompagner lors de la vaccination. Une charte de la personne accueillie pour la vaccination anti-grippale est A (H 1N1) 2009 est jointe à ce courrier.

Rue Léo Lagrange  
BP113  
91700 Ste  
Geneviève des Bois

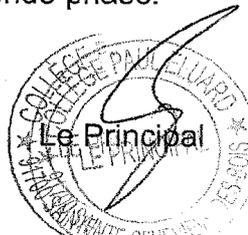
Vous devez compléter le **Formulaire de consentement à la vaccination A(H1N1)** et la première partie de la **Fiche médicale individuelle** (Questionnaire préalable à la vaccination A (H1N1) 2009) (uniquement les questions de 1 à 9).

Avec ces deux documents complétés vous rajoutez le bon de vaccination reçu de la CNAMTS. Si vous ne l'avez pas reçu, veuillez cocher la case correspondante dans le formulaire de consentement (en gras au milieu de la page)

Vous devez remettre à votre enfant, dans une enveloppe cachetée, **destinée à Monsieur ou madame le CPE du collège avec ces trois documents (le formulaire de consentement, la fiche médicale individuelle et le bon de vaccination)** ainsi que le carnet de santé de l'enfant si vous en avez un. Vous signalerez les traitements en cours pris par l'enfant en joignant dans l'enveloppe, si possible, une photocopie de l'ordonnance.

La campagne de vaccination débutera dans une seconde phase. Vous serez informé de son déroulement.

Nous vous remercions pour votre collaboration



# Charte de la personne accueillie pour la vaccination antigrippale A (H1N1) 2009



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DES SPORTS

1 – Le centre de vaccination est accessible à tous, en fonction des priorités définies par le Gouvernement après avis du Haut conseil de la santé publique. Il n’y est dispensé que les actes entrant dans le cadre de la vaccination contre le virus de la grippe A(H1N1)2009. Ces actes sont gratuits.

2 – La personne accueillie est traitée avec égard.

3 – La personne accueillie reçoit des informations, des conseils, un accueil et, le cas échéant, des traitements de qualité.

4 – L’information donnée sur les bénéfices et les risques de la vaccination contre la grippe A(H1N1)2009 est accessible et loyale. La personne accueillie est libre de poser toute question se rapportant à la vaccination.

5 – La personne accueillie fournit au médecin tous les renseignements dont elle a connaissance concernant son état de santé actuel et ses antécédents familiaux, le cas échéant.

6 – La vaccination ne peut être pratiquée qu’avec le consentement libre et éclairé de la personne accueillie. La personne accueillie participe à la décision de vaccination qui la concerne.

7 – La vaccination proposée n’est pas obligatoire : la personne accueillie peut la refuser après avoir été informée.

8 – Le respect de la vie privée est garanti à toute personne accueillie, ainsi que la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales qui la concernent.

9 – La personne accueillie a accès aux informations contenues dans son dossier, notamment d’ordre médical.

10 – La personne accueillie dispose du droit de demander réparation, auprès de l’Office national d’indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), des préjudices qu’elle estimerait avoir subis suite à la vaccination contre le virus de la grippe A(H1N1)2009.

# Formulaire de consentement à la vaccination A(H1N1)2009 pour les élèves à vacciner dans les collèges et les lycées

*Référence : circulaire interministérielle n°2009-166 du 9 novembre 2009*

*La campagne de vaccination contre le virus A (H1N1)2009 a débuté le 12 novembre 2009. Les enfants sont concernés par cette campagne.*

*Des séances de vaccination des élèves sont organisées dans les collèges et les lycées, à partir du 25 novembre, pour une durée de 4 mois.*

*Cependant, les familles qui souhaitent accompagner leur enfant, quel que soit son âge, peuvent s'adresser au centre de vaccination de leur lieu de résidence, notamment pour les enfants rencontrant des problèmes de santé particuliers.*

***Dans les deux cas, cette vaccination est fondée sur une démarche volontaire.***

*Afin de pouvoir organiser au mieux les séances dans les collèges et les lycées, il est demandé aux familles de donner dès à présent leur accord, ou si l'élève est majeur, son propre accord.*

*Annexées à ce formulaire vous trouverez la charte de la personne accueillie pour la vaccination antigrippale A(H1N1)2009 et une notice d'information.*

**Formulaire à remplir et à réadresser à l'établissement avant le 23 novembre 2009, accompagné du bon de vaccination reçu de votre caisse de sécurité sociale\***

**\* : Si vous n'avez pas reçu le bon de vaccination, merci de renseigner la ligne ci-dessous :**

**Je n'ai pas reçu de bon de vaccination -**

**N° de sécurité sociale :**

**Cette information permettra qu'un bon vous soit adressé dans les plus brefs délais.**

**Elève mineur (moins de 18 ans)**

**NOM :**

**prénom :**

**date de naissance :**

**classe :**

*A remplir par la (les) personne(s) exerçant l'autorité parentale*

Je reconnais avoir pris connaissance de la charte de la personne accueillie (*cochez la case si votre réponse est oui*)

Je reconnais avoir reçu des informations sur le vaccin et la vaccination (*cochez la case si votre réponse est oui*)

Je donne mon accord à la vaccination de mon enfant : **Oui**

Nom, prénoms, date et signature du (ou des) titulaires de l'autorité parentale :

# Fiche médicale individuelle

Questionnaire préalable à la vaccination A (H1N1) 2009

## > Mineurs (moins de 18 ans)

*Ce questionnaire doit être renseigné la veille ou le jour de la vaccination et remis, sous enveloppe, par votre enfant au médecin qui prescrira le vaccin.*

*Vous veillerez à ce qu'il apporte également son carnet de santé et, le cas échéant, les photocopies des ordonnances des traitements en cours.*

**Vous êtes invité(e) à prendre connaissance de la charte de la personne accueillie et de la notice d'information avant de remplir ce questionnaire.**

<b>NOM :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Date de naissance :</b>	
<b>Noms, prénoms et adresse(s) des titulaires de l'autorité parentale :</b>	

Répondez à toutes les questions en cochant les cases correspondantes dans ce tableau.		Réponse	
		OUI	NON
1	A-t-il reçu un vaccin contre la grippe saisonnière au cours des 3 dernières semaines ?		
2	A-t-il eu une réaction grave lors d'une vaccination ou fait l'objet d'une contre-indication à une vaccination ?		
3	A-t-il une allergie aux protéines de l'œuf ou de poulet, à l'ovalbumine ou à certains médicaments ? <i>(Ne pas signaler les intolérances digestives à la consommation d'œufs ou de viande de poulet)</i>		
4	A-t-il actuellement de la fièvre ?		
5	Est-il actuellement malade ou a-t-il été récemment malade ?		
6	A-t-il fait ou fait-il l'objet d'un suivi médical particulier ?		
7	Est-il atteint d'un trouble de la coagulation ou est-il sous anticoagulant ?		
8	A-t-il pris un traitement pendant plus de 30 jours ces 6 derniers mois ? <i>(en dehors d'une contraception)</i>		
9	Pour une adolescente : est-elle enceinte ou pense-t-elle être enceinte ?		

### A remplir par le médecin

Nom du médecin	Signature du médecin	Date
Observations :		
Prescription médicale (nom du vaccin et dose) :		

Centre de vaccination	Nom du vaccin	N° du lot

**En application de la législation en vigueur, vous possédez un droit d'accès à ces informations en contactant la direction départementale des affaires sanitaires et sociales de votre département.**

Les gestes de chacun font la santé de tous

