

**FORMULAIRE
CONTRE-INDICATION À LA VACCINATION**

**Formulaire à être complété et signé par un médecin ou infirmière praticienne
spécialisée en cas de contre-indication à la vaccination**

(Nom, prénom de la personne étudiante)

(Matricule)

Par la présente, j'atteste avoir procédé à l'évaluation du statut vaccinal de la personne mentionnée ci-haut selon la Procédure d'immunisation de la Faculté des sciences infirmières.

Par contre, j'attire l'attention sur les particularités suivantes dont devraient tenir compte les autorités facultaires :

Le ou les tests/vaccins suivants n'ont pu être administrés pour le motif suivant:

Je considère cette personne étudiante apte à poursuivre ses stages à la Faculté des sciences infirmières.

La personne étudiante sera en mesure de compléter son dossier de vaccination en date du _____
(inscrire la date)

Nom et prénom du ou de la professionnelle de la santé autorisée
permis

Numéro de

Signature du ou de la professionnelle de la santé autorisée

Date