

**FORMULAIRE
CONTRE-INDICATION À LA VACCINATION**

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

(Nom, prénom de l'étudiant)

(Matricule)

Par la présente, j'atteste avoir procédé à la mise à jour de la vaccination de la personne mentionnée ci-haut selon la procédure de vaccination 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 cet étudiant apte à poursuivre ses stages à la Faculté des sciences infirmières. L'étudiant sera en mesure de compléter son dossier de vaccination en date du _____ (Inscrire la date).

Je considère que cet étudiant devrait compléter son dossier de vaccination selon la procédure de vaccination avant qu'il puisse effectuer un stage dans le cadre de son programme en sciences infirmières.

Nom et prénom du professionnel de la santé autorisé

Numéro de permis

Signature du professionnel de la santé autorisé

Date