



Note d'avertissement : statut vaccinal de votre enfant

Nom de l'enfant : _____ Date : _____

Identifiant scolaire : _____ Grade/classe : _____

École : _____ Tél. de l'école : _____

Cher parent/tuteur, chère tutrice :

Nous avons examiné le dossier de vaccination de votre enfant et avons constaté qu'il manque un ou plusieurs vaccins obligatoires pour sa scolarisation. Veuillez fournir immédiatement les documents prouvant que votre enfant a reçu les vaccins énumérés ci-dessous ou a subi un test sanguin pour vérifier son immunité contre la rougeole, les oreillons, la rubéole, la varicelle, la polio ou l'hépatite B. **En vertu de la loi sur la santé publique § 2164, votre enfant ne pourra pas fréquenter l'école après le ___/___/___ à moins que vous ne fournissiez les documents prouvant que votre enfant a reçu les vaccins requis ou a une preuve d'immunité.** Veuillez noter : si votre enfant a reçu des doses d'un vaccin AVANT l'âge minimum (trop tôt), ces doses NE SERONT PAS prises en compte pour le calcul du nombre requis de doses.

VACCIN	Nombre requis de dose(s)	REMARQUES (voir le formulaire SH65 pour les détails par âge et grade)
DTaP (Diphtérie-tétanos-coqueluche acellulaire) DTP (Diphtérie-tétanos-coqueluche) Td (Tétanos-diphtérie)	__ 1 ^{re} __ 2 ^e __ 3 ^e __ 4 ^e __ 5 ^e	
Tdap (Tétanos-diphtérie-coqueluche acellulaire)	__ 1 ^{re}	Seules les doses du vaccin Tdap (ou DTaP) administrées à l'âge de 10 ans ou plus satisfont à l'exigence pour les grades 6, 7 et 8 ; les doses administrées à l'âge de 7 ans ou plus satisfont à l'exigence pour les grades 9-12.
IPV/OPV (Polio)	__ 1 ^{re} __ 2 ^e __ 3 ^e __ 4 ^e	Un bilan sanguin qui montre une preuve d'immunité est accepté mais doit inclure les trois sérotypes de la polio (les tests doivent avoir été effectués avant septembre 2019).
MMR (ROR en français) (Rougeole, oreillons, rubéole)	__ 1 ^{re} __ 2 ^{de}	Un bilan sanguin qui montre une preuve d'immunité est accepté.
HepB (Hépatite B)	__ 1 ^{re} __ 2 ^e __ 3 ^e	Un bilan sanguin qui montre une preuve d'immunité ou d'une infection chronique par l'hépatite B est accepté.
Varicelle (Petite vérole volante)	__ 1 ^{re} __ 2 ^{de}	Un bilan sanguin qui montre une preuve d'immunité OU un certificat de maladie délivré par un prestataire de soins de santé sont acceptés.
MenACWY (Vaccin conjugué contre le méningocoque)	__ 1 ^{re} __ 2 ^{de}	Seules les doses du vaccin MenACWY administrées à l'âge de 10 ans ou plus satisfont à l'exigence pour les grades 7, 8 et 9 ; les doses administrées avant l'âge de 10 ans satisfont à l'exigence de la première dose pour les grades 10-12.
Hib (Haemophilus influenzae de type b)	__ 1 ^{re} __ 2 ^e __ 3 ^e __ 4 ^e	Garderies, Head Start, crèches, 3K ou Pré-K
PCV (Vaccin conjugué contre le pneumocoque)	__ 1 ^{re} __ 2 ^e __ 3 ^e __ 4 ^e	Garderies, Head Start, crèches, 3K ou Pré-K
Grippe	__ 1 ^{re}	Garderies, Head Start, crèches, 3K ou Pré-K

Note aux prestataires : Veuillez aller sur schools.nyc.gov et chercher « immunizations » pour consulter SH65 (Medical Requirements for School Year 2022-23) dans la section "Information for Providers" et les formulaires relatifs aux exigences scolaires pour les vaccins.

Note to Providers : Please go to schools.nyc.gov and search "immunizations" to review SH65 (Medical Requirements for School Year 2022-23) in the "Information for Providers" section and school immunization requirements-related forms.

Veuillez montrer cette lettre au médecin de votre enfant afin de vous assurer que votre enfant reçoit la ou les doses manquantes indiquées. Si votre enfant a **déjà** reçu ces vaccins, veuillez remettre le carnet de vaccination ou le certificat d'immunité à votre chef d'établissement scolaire. Des calendriers alternatifs ne sont pas autorisés. Si vous avez des questions sur la loi exigeant les vaccinations pour l'école ou pour en savoir plus sur les endroits où votre enfant peut recevoir ses vaccins, veuillez composer le **311**.

Cordialement,