

QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

N° de Sécurité Sociale (élève)¹

N° de Sécurité Sociale parent⁽¹⁾

Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif au cours des trois derniers mois ?	Oui	Non
Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?	Oui	Non
Avez-vous reçu un vaccin au cours des dernières trois semaines? Si oui lequel :	Oui	Non
Avez-vous des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité à certaines substances ou avec d'autres vaccins ?	Oui	Non
Présentez-vous des troubles de la coagulation (en particulier une baisse des plaquettes ou traitement anticoagulant) ?	Oui	Non
Avez-vous fait un syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) à la suite d'une infection par le SARS-Cov-2 ou d'une première injection ?	Oui	Non
Êtes-vous enceinte ?	Oui	Non
Allaitiez-vous ?	Oui	Non

Réservé au médecin

Date :

Signature du médecin :

¹ Le même numéro de sécurité sociale doit être utilisé pour les deux injections.