

**CLINIQUE DE VACCINATION  
PRÉSCOLAIRE 2024  
MRC L'Assomption, MRC Les Moulins**

Chers parents,

Votre enfant fréquentera bientôt la maternelle. Une dose de rappel contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la poliomyélite sont prévus **entre l'âge de 4 à 6 ans**. Lors de votre rendez-vous, une infirmière fera l'analyse des vaccins que votre enfant a reçus et vous offrira aussi les vaccins manquants au besoin.

Il est important de discuter et préparer votre enfant à recevoir ses vaccins. Vous trouverez plus d'info en consultant l'adresse suivant:

<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/vaccination/diminuer-douleur-et-anxiete-liees-a-la-vaccination-chez-enfants>

[Protocole d'immunisation du Québec - Vaccin dcaT-VPI \(gouv.qc.ca\)](#)

PRISE DE RENDEZ-VOUS : À compter du 1er mai 2024, vous pourrez prendre votre rendez-vous soit :

- Via le site Web Clic Santé à l'adresse <https://portal3.clicsante.ca/>. Il s'agit de sélectionner la section Vaccination, onglet Vaccination enfants et adolescents, sélectionner votre CLSC et le service Vaccination préscolaire 4-17 ans.
- Ou par téléphone : 450-471-2885 poste 331 MRC Les Moulins 450-654-1023 poste 376203 MRC L'Assomption

**Si vous ne pouvez accompagner votre enfant la journée de la vaccination, veuillez compléter l'autorisation ci-dessous et la remettre à la personne qui l'accompagnera à son rendez-vous.**

**Apportez votre carnet de vaccination** afin de faciliter la vérification du statut vaccinal et **la carte d'assurance maladie** pour mettre à jour les coordonnées au dossier.

Si vous avez perdu son carnet de vaccination, vous pouvez obtenir une copie des renseignements qu'il contient en consultant la procédure à l'adresse suivante : <https://www.quebec.ca/sante/vos-informations-de-sante/registre-de-vaccination-du-quebec/procedure-pour-obtenir-copie-des-renseignements-vous-concernant>

**AUTORISATION À COMPLÉTER EN CAS D'ABSENCE DU PARENT OU DU TUTEUR  
POUR PROCÉDER À LA VACCINATION D'UN MINEUR DE MOINS DE 14 ANS**

Par la présente, j'autorise la vaccination prévue selon le protocole d'immunisation du Québec pour mon enfant \_\_\_\_\_ (nom et prénom de l'enfant).

J'autorise \_\_\_\_\_ (accompagnateur) à répondre aux questions pouvant lui être posées sur l'état de santé de mon enfant en lien avec la présente vaccination. Je m'engage à lui transmettre toute modification et/ou tout changement relatif à la santé de mon enfant.

Lors de la journée de vaccination, vous pouvez me rejoindre aux numéros suivants au besoin :

Travail (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ou cellulaire (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du titulaire de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_  
date