

# COLLÈGE BORÉAL

éducation • innovation • recherche

Il est essentiel de communiquer oralement et par écrit en français et en anglais lors des stages cliniques.	<b>Certificat de secourisme général</b>	<b>Certificat de RCR</b>	<b>Immunisations (veuillez consulter la fiche aux pages suivantes)</b>	<b>SIMDUT (WHMIS)</b>	<b>Extrait du casier judiciaire</b>	<b>Période d'observation ou de travail pratique</b>	<b>Permis de conduire G ou F</b>
<b>Formation en services funéraires</b>	Avant le 15 octobre	Avant le 15 octobre	Avant la rentrée	Avant le 15 octobre	Avant la rentrée (incluant la vérification pour le secteur vulnérable)	Avant la rentrée	"G" Avant l'étape 3 du programme (avril)

Pour les cours de secourisme et RCR, veuillez consulter la section de la Formation continue, au site Web, à l'adresse suivante:

<http://www.collegeboreal.ca/programmes-cours/formation-continue/>

S'il vous plaît, remettre tous les documents demandés ci-dessous au Bureau du Registrariat:

**registrariat@collegeboreal.ca**

La présente trousse comprend :

- **Une lettre de la part du coordonnateur du programme**
- **Le formulaire du candidat**
- **L'offre d'internat**
- **La politique relative à la tenue vestimentaire**
- **Le formulaire pour le stage d'observation**
- **La fiche d'immunisation propre au programme**

Il y a aussi un document séparé que tu dois remettre au directeur de funérailles qui te supervisera lors de ton stage d'observation. Le directeur devra remplir le formulaire de façon **confidentielle** et nous le renvoyer.

Rentrée 2015-2016

Cher candidat,  
Chère candidate,

Par la présente, je désire vous souhaiter la bienvenue au Collège Boréal. Votre demande d'admission au programme de *Formation en services funéraires* a été acceptée. Pour répondre à tous les critères d'admission de ce programme, vous devez faire un stage d'observation d'une durée minimum de 40 heures dans l'établissement funéraire de votre choix. Le but de ce stage est d'assurer une introduction préliminaire au domaine des services funéraires. Ce stage d'observation doit être réalisé avant le début des cours en septembre.

Le formulaire de stage ci-inclus présente les observations et les fonctions obligatoires à accomplir pour être admis au programme. Lorsque vous aurez **terminé votre stage**, retournez le formulaire rempli à l'attention de :

Admission - Collège Boréal  
21, boulevard Lasalle  
Sudbury, ON P3A 6B1

Vous trouverez aussi en annexe un formulaire qui doit être rempli par le Directeur ou la Directrice de funérailles et renvoyé à l'adresse ci-dessus dans une enveloppe scellée une fois le stage complété. Ce formulaire est confidentiel et seul votre superviseur(e) y a droit.

De plus, il faut fournir au programme de Formation en services funéraires la preuve de l'immunisation à jour, ainsi qu'une « *Vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables (VAPV)* ». Vous pouvez vous présenter à votre poste de police local pour obtenir cette attestation de vérification du casier judiciaire. Voir document intitulé « Documentation obligatoire pour les laboratoires d'embaumement ». S.V.P., me faire parvenir ces documents **par la fin du mois d'août.**

Si vous désirez de plus amples renseignements, n'hésitez pas à communiquer avec moi au (705) 560-6673 ou (800) 361-6673 poste 4601, ou par courrier électronique à [camille.lemieux@collegeboreal.ca](mailto:camille.lemieux@collegeboreal.ca)

Au plaisir de vous rencontrer en septembre prochain,

Camille Lemieux  
Coordonnateur/Professeur  
Formation en services funéraires  
p. j.

# Formation en services funéraires

## Formulaire du candidat ou de la candidate

**S.V.P., remplir ce formulaire et le retourner en moins de deux semaines à :**

**M. Camille Lemieux, Coordonnateur/Professeur**  
Programme de Formation en services funéraires  
Collège Boréal  
21, boulevard Lasalle  
Sudbury, ON P3A 6B1  
[Camille.lemieux@collegeboreal.ca](mailto:Camille.lemieux@collegeboreal.ca)

---

**Nom du candidat ou de la candidate :** \_\_\_\_\_  
**Adresse :** \_\_\_\_\_  
**Ville :** \_\_\_\_\_ **Code postal :** \_\_\_\_\_  
**Téléphone :** (    ) \_\_\_\_\_ **Courrier électronique :** \_\_\_\_\_

---

Avez-vous déjà posé votre candidature à un programme de Formation en services funéraires ?      Oui       Non

Si oui, répondez aux questions suivantes :

- L'année de la demande \_\_\_\_\_
- Le nom de l'institution      Collège Boréal       Humber College   
   Collège Rosemont
- Avez-vous été mis(e) sur une liste d'attente ?      Oui       Non
- Avez-vous été accepté(e) ?      Oui       Non

Si vous avez été accepté(e), identifiez la raison de votre démission du programme.

---

---

---

## Éducation postsecondaire

Détenez-vous un degré universitaire ?

Oui

Non

Si oui, lequel ?

---

Détenez-vous un diplôme collégial ?

Oui

Non

Si oui, lequel ?

---

Détenez-vous un autre genre de diplôme postsecondaire ?

Oui

Non

Si oui, lequel / lesquels ?

---

Êtes-vous crédité(e) pour un ou plusieurs cours du programme de Formation en services funéraires ?

Oui

Non

Si oui, lequel / lesquels ?

Nom du cours et date de la session :

---

Nom de l'institution :

---

S'il y a lieu, identifiez les autres diplômes ou certificats que vous détenez présentement (ex. soins infirmiers, enseignement, R.C.R., musique, natation, etc.)

---



---



---



---

## Expérience de travail

Avez-vous déjà eu un emploi ?

Oui

Non

Si oui, lequel ?

1. Genre de travail et durée :

---

Nom de l'établissement :

---

Temps partiel

Plein temps

2. Genre de travail et durée :

---

Nom de l'établissement :

---

Temps partiel

Plein temps

## Bénévolat

Avez-vous déjà fait du bénévolat? (ex. entraîneur sportif, travail auprès des scouts ou des guides, hôpitaux, etc.)

Oui

Non

Si oui, indiquez le genre, la durée de votre expérience et où vous l'avez exécuté.

---



---



---



---

## Passe-temps et activités sociales

Décrivez brièvement vos passe-temps :

---



---

Décrivez brièvement vos activités sociales :

---



---



---

## Expérience en services funéraires

Avez-vous travaillé ou fait de l'observation dans un établissement funéraire ?

Oui

Non

Si oui, lequel ?

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Durée : \_\_\_\_\_

Travail à plein temps

Travail à temps partiel

Observation

Avez-vous déjà vu un cadavre humain ?

Oui

Non

Êtes-vous déjà allé à des funérailles ?

Oui

Non

Avez-vous déjà observé un embaumement ?

Oui

Non

Si oui, le corps fut-il autopsié ?

Oui

Non

Avez-vous discuté avec un directeur / une directrice de funérailles de la possibilité d'un stage d'internat à son établissement ?

Oui

Non

Un établissement funéraire vous a-t-il offert un stage d'internat pour la deuxième année du programme ?

Oui

Non

**Si oui, S.V.P. faire remplir la page 5 par le directeur ou la directrice de l'établissement funéraire et nous le retourner avec ce formulaire.**

J'atteste que les informations fournies dans ce document sont vraies.

\_\_\_\_\_  
Signature du candidat / de la candidate :

\_\_\_\_\_  
Date

**Programme de Formation en services funéraires**  
**Offre d'internat**  
*(Ontario et Nouveau-Brunswick seulement)*

Je soussigné(e) et le licencié de l'établissement funéraire indiqué ci-dessous, offre un stage d'internat à \_\_\_\_\_, candidat(e) pour le programme de Formation en services funéraires du Collège Boréal de Sudbury.

**Nom de l'établissement :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Signature du licencié / de la licenciée**

\_\_\_\_\_  
**Date**

---

**Funeral Service Education Program**  
**Internship Offer**  
*(Ontario and New Brunswick only)*

I, the undersigned and licensee of the funeral services establishment mentioned below, have offered an internship to \_\_\_\_\_, candidate for Collège Boréal's Funeral Service Education Program.

**Name of establishment:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Signature of licensee**

\_\_\_\_\_  
**Date**

**Programme de Formation en services funéraires****Politique relative à la tenue professionnelle (Code vestimentaire)**

L'étudiant(e) devra adhérer strictement aux politiques relatives à la tenue professionnelle pour les situations suivantes :

- ❑ Le stage d'observation (40 heures)
- ❑ Les laboratoires d'embaumement
- ❑ Les stages pratiques
- ❑ La visite d'un(e) invité(e) au collège
- ❑ Les sorties professionnelles à l'extérieur du collège

L'étudiant(e) du programme de Formation en services funéraires doit se procurer :

**Étudiant (homme):**

1. Chemises (couleur - au choix) ;
2. Complet (couleur - au choix) ;
3. Cravate (couleur - au choix) ;
4. Souliers en cuir lisse poli (pour des raisons sanitaires, les souliers en matériel poreux ne seront pas acceptés) ;
5. Ceinture.

**Étudiante (femme):**

1. Blouses (couleur - au choix) à collet fermé. Les blouses décolletées ne seront pas acceptées;
2. Ensemble manteau et jupe ou pantalon coordonnés;
3. Souliers en cuir lisse poli (pour des raisons sanitaires, les souliers en matériel poreux ne seront pas acceptés).

L'étudiant(e) devra porter un complet ou un ensemble **propre** et bien **repassé** lorsque la tenue professionnelle sera nécessaire (visite d'un(e) invité(e), sortie professionnelle à l'extérieur du collège, etc.).

La façon dont se présente l'étudiant(e) du programme de Formation de services funéraires doit refléter son professionnalisme et sa distinction. Il est donc important que certains critères soient respectés.

- ❑ Malheureusement, le port de nombreux bijoux n'est pas de mise avec une tenue vestimentaire professionnelle même s'il s'agit d'une mode populaire. Seules les apprenantes sont invitées à porter des boucles d'oreilles délicates ou discrètes au laboratoire ou lors des sorties professionnelles.
- ❑ Puisqu'elles représentent un accessoire modeste, les épingles pour le collet de blouse et les épingles à cravate seront permises.
- ❑ En ce qui concerne le maquillage, ce dernier doit être simple. Ainsi, les produits de couleurs douces et neutres conviennent mieux à l'allure professionnelle de l'étudiante.
- ❑ Afin d'assurer une apparence conservatrice en tout temps, il est obligatoire que tout tatouage soit recouvert. Si le tatou ne peut être couvert par un vêtement, il devra être dissimulé à l'aide de maquillage (base de teint).

**LABORATOIRES D'EMBAUMEMENT** - L'étudiant(e) doit se conformer strictement à la tenue professionnelle.

N.B. Le / la professeur(e) maintient le droit de refuser l'étudiant(e) au laboratoire ou toute autre activité pertinente au programme.

Une tenue plus confortable (jeans, T-shirts, etc.) sera permise en classe sauf lors de la visite d'un(e) invité(e) de l'extérieur.



**Procédures pendant les visites – Visitation Procedures**

Tâches au terrain de stationnement – Parking lot duty *									
Tâches à la réception – Door duty (reception) *									
Première visite de la famille – Family's first visit *									

**Procédures pratiques – Practical Procedures**

Lavage de véhicules – Washing vehicles *									
Entretien de l'extérieur de l'édifice – Funeral home exterior maintenance									
Entretien de l'intérieur de l'édifice – Funeral home interior maintenance									

**Procédures avant les funérailles – Pre-funeral Procedures**

Directives aux porteurs – Pallbearer instructions *									
Procédure au cimetière – Procedure at cemetery *									
Procédure au crématoire – Procedure at crematorium *									
Préparatifs à l'église – Church set-up									

**Jours des funérailles – Day of Funeral**

Fermeture du cercueil – Closing of the casket *									
Service en chapelle – Chapel service *									
Funérailles à l'église – Church funeral *									
Conduire la famille – Driving the family									
Direction des funérailles – Leading the funeral									
Conduire le corbillard – Driving the funeral coach									

**Tâches après les funérailles – Post Funeral Duties**

Livraison des fleurs après le service – Flower delivery following the service									
Livraison des effets personnels à la famille – Delivery of personal effects to family									
Suivi après les funérailles – Aftercare follow-up *									

Nom de l'établissement funéraire :

Name of funeral establishment: \_\_\_\_\_

Nombre total d'heures d'observation :

Total number of observation hours: \_\_\_\_\_

Nom du directeur / de la directrice  
de funérailles :

Funeral Director's name: \_\_\_\_\_

Signatures:

 \_\_\_\_\_  
 Directeur / Directrice de funérailles  
 Funeral Director

 \_\_\_\_\_  
 Candidat(e)  
 Candidate

**DOCUMENTATION OBLIGATOIRE POUR LES LABORATOIRES D'EMBAUUREMENT  
FORMATION EN SERVICES FUNÉRAIRES**

Les preuves suivantes sont essentielles afin de vous permettre de commencer vos expériences en laboratoire, composantes obligatoires du programme de Formation en services funéraires. Vous devez remettre une photocopie de toutes ces preuves **par la fin du mois d'août.**

De plus, **vous êtes responsable de la création de votre propre dossier personnel et d'y conserver les originaux de tous vos documents.**

Il est fortement recommandé d'apporter ces renseignements lorsque vous irez voir votre médecin ou l'infirmière. Tout manquement aux exigences en matière d'immunisation entraînera la suspension de la participation aux laboratoires d'embaumement. Si vous avez des contre-indications pour certains vaccins, veuillez soumettre une note d'exemption de votre praticien ou praticienne de la santé.

**Afin de faire les mises à jour de vos vaccins et tests et de remplir ce formulaire, vous pourriez :**

- Vérifier votre carnet d'immunisation à domicile
- Demander au Service de santé publique de votre région de vous envoyer une copie de votre carnet
- Consulter votre praticien ou praticienne de la santé (p.ex., médecin de famille, infirmière praticienne ou infirmier praticien)
- Vous présenter à une clinique d'immunisation offerte par le Service de santé publique de votre région où certains services sont gratuits tels que les tests de tuberculose et les vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la polio, la rougeole, les oreillons, la rubéole et dans certains cas, selon les critères du ministère de la Santé et des soins de longue durée, les vaccins contre la méningite et l'hépatite B.

**Afin de remplir le formulaire « Fiche d'immunisation » que vous trouverez à la page suivante :**

- Faites un survol du tableau ci-dessous et du formulaire « Fiche d'immunisation ».
- Dans le tableau ci-dessous, notez les sections (1 à 8) de la « Fiche d'immunisation » à remplir qui correspondent à votre programme d'études et notez quels immunisations et tests de sang sont ***obligatoires, recommandés ou facultatifs***.
- Passez maintenant au formulaire « Fiche d'immunisation » à la page suivante.
- Remplissez bien votre nom, date de naissance et programme d'études sur la « Fiche d'immunisation ».
- Lisez les sections qui correspondent à votre programme, faites les mises à jour de vos vaccins et tests et demandez à une professionnelle ou un professionnel de la santé de remplir les sections pertinentes.

Programme de l'École des sciences de la santé		Sections de la fiche d'immunisation à remplir			
		<i>Vaccins obligatoires</i>	<i>Tests de sang (titrages) obligatoires</i>	<i>Vaccins fortement recommandés</i>	<i>Vaccins facultatifs</i>
*	<b>Formation en services funéraires</b>	<b>1, 2, 3, 4, 5, 8</b>	<b>3, 4, 5</b>	<b>6, 7</b>	

**Notez :**

**Section 4, ROR, titrages :** Titrage exigé seulement pour chacune des maladies de rougeole, rubéole et oreillons où il y a eu moins de 2 vaccins.

**Section 5, Varicelle, titrages et vaccins :** Un antécédent documenté de maladie de la varicelle plutôt qu'un titrage est acceptable. S'il n'y a aucun antécédent de maladie, le titrage est obligatoire. Si le titrage est négatif, le vaccin est obligatoire pour les programmes indiqués.

**Section 7, Grippe :** Si le vaccin obligatoire contre la grippe est refusé, l'organisme pourrait refuser accès au stage.

## FICHE D'IMMUNISATION

Voir la version anglaise sur la prochaine page – See the next page for English version

NOM : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

**PROGRAMME D'ÉTUDE : FORMATION EN SERVICES FUNÉRAIRES**

Veillez inscrire une date aux endroits marqués d'un astérisque et cochez la ou les cases qui s'appliquent. **Veillez aussi joindre une copie de votre carnet d'immunisation à jour. Veillez garder une photocopie des documents que vous faites parvenir au Collège.**

**SECTION 1 – TEST DE TUBERCULOSE À 2 ÉTAPES :** La 2<sup>e</sup> étape est administrée de 1 à 4 semaines après la 1<sup>re</sup> étape. Notez que le test à deux étapes est seulement requis une fois pendant la vie, donc, si vous avez déjà subi un test à deux étapes, il suffit de faire un test à une étape seulement. Veillez inscrire les dates et les résultats de chacun des tests.

Test à 2 étapes * n° 1 : date :	résultat : _____ mm	pos / nég
* n° 2 : date :	résultat : _____ mm	pos / nég
Test à 1 étape : * date :	résultat : _____ mm	pos / nég

**Suivi d'un test positif :** Radiographie pulmonaire : date : \_\_\_\_\_ résultat : \_\_\_\_\_

Traitement antituberculeux, s'il y a eu lieu :

**SECTION 2 – DIPHTÉRIE, COQUELUCHE, TÉTANOS, POLIO :** Série primaire suivie du **tétanos et la diphtérie à tous les 10 ans**. Le vaccin contre la **polio** est recommandé tous **les 10 ans** pour le programme de Formation en services funéraires.

	Diphtérie	Coqueluche	Tétanos	Précisez : Polio IPV ou Polio oral (Sabin)	
Date : *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ou <input type="checkbox"/>
Date : *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ou <input type="checkbox"/>
Date : *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ou <input type="checkbox"/>
Date : *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ou <input type="checkbox"/>
Date : *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ou <input type="checkbox"/>
Date : *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ou <input type="checkbox"/>
Date : *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ou <input type="checkbox"/>

**SECTION 3 – HÉPATITE B :** Série de 2 ou de 3 injections (dépendant de l'âge de l'administration des vaccins) et un test de sang pour déterminer le niveau d'immunité (titrage). Si le titrage est négatif, un ou plusieurs vaccins / titrages devraient être répétés.

Date vaccin n° 1 : *	<input type="checkbox"/>	Date vaccin n° 4 :
Date vaccin n° 2 : *	<input type="checkbox"/>	Date vaccin n° 5 :
Date vaccin n° 3 : *	<input type="checkbox"/>	Date vaccin n° 6 :
Date/résultat titrage : *	<input type="checkbox"/> pos (protégé) / <input type="checkbox"/> nég (susceptible)	Date / résultat titrage : <input type="checkbox"/> pos / <input type="checkbox"/> nég

**SECTION 4 – ROUGEOLE, OREILLONS, RUBÉOLE (ROR) :** 2 vaccins de ROR ou titrages.

	Rougeole	Oreillons	Rubéole
Date : *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date : *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date :			
Date/résultat titrage : *	<input type="checkbox"/> pos / <input type="checkbox"/> nég	<input type="checkbox"/> pos / <input type="checkbox"/> nég	<input type="checkbox"/> pos / <input type="checkbox"/> nég

**SECTION 5 – VARICELLE (picote) :** Test de sang pour déterminer le niveau d'immunité (titrage) si absence d'antécédent documenté de maladie ou d'immunisation.

Antécédent de maladie :  oui /  non; si non, date/résultat du titrage : \*  pos /  nég

Si titrage nég : date du 1<sup>er</sup> vaccin : \* date du 2<sup>e</sup> vaccin : \*

**SECTION 6 – MÉNINGITE :** Aucun rappel ou rappel à tous les 5 ans selon le type du vaccin.

Date : \* Nom du vaccin :

**SECTION 7 – GRIPPE** ou une lettre de refus ou une lettre indiquant que ce vaccin est contre-indiqué pour vous.

Date : \* Nom du vaccin :

**SECTION 8 – HÉPATITE A :** Disponible seul (2 injections) ou avec l'hépatite B (3 injections) sous le nom « Twinrix ».

Nom du vaccin :	Date : *
Nom du vaccin :	Date : *
Nom du vaccin :	Date (3 <sup>e</sup> injection seulement pour le Twinrix) : *

Professionnel ou professionnelle de la santé Nom :	Signature :	Titre :	Date :
---	-------------	---------	--------

## IMMUNIZATION RECORD

Voir la version française sur la page précédente – See the previous page for French version

NAME: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

**ACADEMIC PROGRAM: FORMATION EN SERVICES FUNÉRAIRES**Please insert relevant dates beside each asterisk and check the appropriate boxes. *Please attach a copy of your up-to-date immunization record. Please keep a copy of the documents you forward to the College.***SECTION 1 – 2-STEP TUBERCULIN TEST :** *The 2<sup>nd</sup> step is administered 1 to 4 weeks after the 1st step. Note that 2-step testing is only required once in a lifetime; therefore, if you have already had a 2-step test, you now only need a 1-step. Please write the date and result of each of the tests.*

2-step test : \* n° 1 : date : \_\_\_\_\_ result: \_\_\_\_\_ mm pos / neg

\* n° 2 : date : \_\_\_\_\_ result: \_\_\_\_\_ mm pos / neg

1-step test: \* date : \_\_\_\_\_ result: \_\_\_\_\_ mm pos / neg

**Follow-up of positive test:** Chest x-ray : date : \_\_\_\_\_ result \_\_\_\_\_

TB treatment, if relevant :

**SECTION 2 – DIPHTHERIA, WHOOPING COUGH, TETANUS, POLIO:** *Primary series followed by tetanus/diphtheria every 10 years. The polio vaccine is recommended every 10 years for the Formation en services funéraires program.*

	Diphtheria	Whooping cough	Tetanus	IPV Polio or Oral Polio (Sabin)
Date: *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> or <input type="checkbox"/>
Date: *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> or <input type="checkbox"/>
Date: *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> or <input type="checkbox"/>
Date: *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> or <input type="checkbox"/>
Date: *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> or <input type="checkbox"/>
Date: *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date: *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**SECTION 3 – HEPATITIS B:** *Series of 2 or 3 injections (depending on age of administration of the vaccines) and a blood test to determine level of immunity (titre). If titre is negative, one or several vaccines and titres should be repeated.*Date vaccine n° 1: \*  Date vaccine n° 4 :Date vaccine n° 2: \*  Date vaccine n° 5 :Date vaccine n° 3: \*  Date vaccine n° 6 :Date/titre: \*  pos (protected) /  neg (susceptible) Date/titre:  pos /  neg**SECTION 4 – MEASLES, MUMPS, RUBELLA (MMR):** *2 MMR vaccines or titres.*

	Measles	Mumps	Rubella
Date: *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date: *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date:			
Date/titre: *	<input type="checkbox"/> pos / <input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos / <input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos / <input type="checkbox"/> neg

**SECTION 5 – VARICELLA (chicken pox):** *Blood test to determine level of immunity (titre) in the absence of documented history of illness or immunization.*History of chicken pox:  yes /  no; if no, date/titre result: \*  pos /  negIf titre is negative, date of 1st vaccine: \* \_\_\_\_\_ date of 2<sup>nd</sup> vaccine: \***SECTION 6 – MENINGITIS:** *No booster or booster every 5 years depending on type of vaccine.*

Date : \* \_\_\_\_\_ Name of vaccine: \_\_\_\_\_

**SECTION 7 – FLU** or a refusal letter or a letter indicating the vaccine is contraindicated.

Date : \* \_\_\_\_\_ Name of vaccine: \_\_\_\_\_

**SECTION 8 – HEPATITIS A:** *Available alone (2 injections) or with hepatitis B as « Twinrix » (3 injections).*

Name of vaccine: \_\_\_\_\_ Date: \*

Name of vaccine: \_\_\_\_\_ Date: \*

Name of vaccine: \_\_\_\_\_ Date (3<sup>re</sup> injection only if Twinrix): \*

<b>Health professional Name:</b>	<b>Signature:</b>	<b>Title:</b>	<b>Date:</b>
----------------------------------	-------------------	---------------	--------------

**AUTRE DOCUMENTATION**

**Des copies des documents suivants doivent être fournies, comme indiqué ci-dessous:**

Certificat RCR Niveau C (pour professionnel de soins de santé) <b>À noter:</b> avant le 15 octobre	Date de certification: _____
Premiers soins (aspects théoriques et pratiques) <b>À noter :</b> avant le 15 octobre	Date de certification: _____
Certificat SIMDUT <b>À noter :</b> avant le 15 octobre	Date de certification: _____
Attestation judiciaire (secteur vulnérable) <b>À noter :</b> avant le 1 <sup>er</sup> septembre	Date : _____

**AVIS\*\*\*Il est essentiel de conserver les copies originales de votre documentation et nous faire parvenir des photocopies seulement.**

**Tous les formulaires d'évaluation de la santé doivent être remis avant le 31 août** à l'attention du coordonnateur du programme de Formation en services funéraires :

Collège Boréal  
21, boulevard Lasalle  
Sudbury (ON) P3A 6B1  
Attention : Camille Lemieux - FSFU

**Le fait de ne pas fournir ces documents importants tel que demandé entraînera la suspension de la participation aux laboratoires d'embaumement.**