

**MISE À JOUR  
DE LA FICHE D'IMMUNISATION ET DE L'EXAMEN MÉDICAL**

**Destinée SEULEMENT aux étudiants et étudiantes des programmes suivants**

<b>Programmes Santé et Services communautaires</b>	
Assistant de l'ergothérapeute et Assistant du physiothérapeute	Soins paramédicaux
Échographie diagnostique	Soins infirmiers auxiliaires
Éducation en services à l'enfance	Techniques d'éducation spécialisée
Directeur de funérailles – Classe 1 (avec permis d'embaumeur) DF1	Techniques de soins vétérinaires
Directeur de funérailles – Classe 2 (sans permis d'embaumeur) DF2	Techniques des services policiers
Hygiène dentaire	Technique de travail social
Massothérapie	Technologie en radiation médicale
Préposés aux services de soutien personnel	Promotion de l'activité physique et de la santé

**Ce document est composé de trois parties:**

- **Partie A - Renseignements personnels** : pour tous les programmes énumérés ci-dessus
- **Partie B - Fiche d'immunisation** : pour tous les programmes énumérés ci-dessus
- **Partie C - Certificat médical** : seulement pour les programmes Soins ambulanciers paramédicaux et Éducation en services à l'enfance.

Suivant votre acceptation dans votre programme et **afin d'être accueilli en stage ou en milieu d'exercice** en temps opportun, vous devez répondre à certains critères d'immunisation, conformément aux lois et règlements des divers stages et de l'Ontario. De plus, un certificat médical dûment rempli par votre médecin ou infirmier praticien / infirmière praticienne est requis pour les programmes **Soins ambulanciers paramédicaux** et **Éducation en services à l'enfance**.

Veillez remplir les parties **A** (formulaire d'accueil), **B** (fiche d'immunisation) et, si nécessaire, la partie **C** (certificat médical) de ce document. Veillez bien retourner les formulaires avec une copie de votre **carnet d'immunisation à jour cet été**, en même temps que vous ferez les arrangements pour le règlement de vos droits de scolarité, **au Registrariat**. Par la suite, le Registrariat s'assurera de faire parvenir les formulaires nécessaires et la copie de votre carnet d'immunisation au Service de santé au Collège Boréal. **Veillez garder en lieu sûr une photocopie des documents que vous faites parvenir au Collège.**

Notez qu'il pourrait y avoir des coûts à payer pour certains vaccins et parfois pour les tests de tuberculose, les examens physiques ou l'aide à remplir les formulaires. Certains vaccins pourraient être payés par certaines assurances de santé privées et certains sont disponibles gratuitement au Service de santé publique de votre région. Le Collège Boréal décline toute responsabilité par rapport aux frais que pourrait occasionner ce formulaire.

Si vous avez des questions au sujet de ce document, veuillez communiquer avec le **Service de santé du Collège Boréal au (705) 521-6003**.

## PARTIE A – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :

**FORMULAIRE D'ACCUEIL  
SERVICE DE SANTÉ**

DATE : \_\_\_\_\_

Veuillez remplir le formulaire et le remettre à l'accueil			
Prénom:	Nom de famille :	Sexe : ____M ____F	Date de naissance : ____ / ____ / ____ jour            mois            année
Information sur votre carte d'assurance maladie - Carte santé (ON), Carte soleil (QUE) ou Medicare (NB) ou autre	Nom au complet tel qu'inscrit sur votre carte :		Province du régime :
	Numéro de carte santé :	Code de version (lettre ou numéro à la fin)	Date d'expiration, s'il y a lieu :
	<i>Si vous n'avez pas</i> de carte provinciale :		
	Nom de la compagnie d'assurance privée : _____		
Numéro de la police d'assurance privée : _____			
Adresse durant vos études <i>Même que mon adresse permanente :</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rue		
	Ville      Province / pays	Code postal	Numéro de téléphone
	Courrier électronique :		
Adresse permanente <i>Je retourne à cette adresse après mes études :</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rue		
	Ville      Province / pays	Code postal	Numéro de téléphone
	Courrier électronique :		
En cas d'urgence, prévenir	Lien de parenté	Adresse / ville	Numéro de téléphone
En cas d'urgence, prévenir	Lien de parenté	Adresse / ville	Numéro de téléphone
Médecin de famille	Adresse / Ville		Numéro de téléphone
Allergies			
Campus d'études	Programme d'études		Année d'études ( 1re, 2e ou 3e année )

## PARTIE B - FICHE D'IMMUNISATION – INSTRUCTIONS

Il est fortement recommandé de faire la mise à jour de vos vaccins et tests **CET ÉTÉ AVANT LA RENTRÉE** ou selon les exigences du programme afin de vous assurer de répondre à toutes les exigences avant le début de vos stages. La non-conformité aux exigences pourrait empêcher votre acceptation en stage ou en milieu d'exercice. 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 la mise 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 présentez à une clinique d'immunisation offerte par le Service de santé publique de votre région où certains services sont gratuits tels que 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 9) de la « Fiche d'immunisation » à remplir qui correspondent à votre programme d'études et notez quelles 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 la mise à jour de vos vaccins et tests et demandez à une professionnelle ou un professionnel de la santé de remplir les sections pertinentes.

Programmes Santé et Services communautaires	Sections de la fiche d'immunisation à remplir			
	Vaccins obligatoires	Tests de sang (titrages) obligatoires	Vaccins fortement recommandés	Vaccins facultatifs
Assistant de l'ergothérapeute/ Assistant du physiothérapeute	1, 2, 2.1, 2.2, 3, 4, 5,7,10 avant le stage	3, 4 et 5	6, 7	
Échographie diagnostique	1, 2, 2.1, 2.2, 3, 4, 5,10 avant le stage	3, 4, 5	6, 7, 8	
Éducation en services à l'enfance	1, 2, 4, 5	4, 5	3, 6, 7, 8	<b>COVAX*</b>
Directeur de funérailles – Classe 1 (avec permis d'embaumeur) DF1	1, 2, 3, 4, 5, 8	3, 4, 5	6, 7,10 avant l'étape 3 du programme	
Directeur de funérailles – Classe 2 (sans permis d'embaumeur) DF2	1, 2, 3, 4, 5, 8	3, 4, 5	6, 7,10 avant l'étape 3 du programme	
Hygiène dentaire	1, 2, 3, 4, 5,7, 1, 2, 3, 4, 5, 7, 10 avant le stage externe à la 5e étape	3, 4, 5	6	8
Massothérapie	1, 2, 2.1, 2.2, 3, 4, 5,10 avant les stages externes	3, 4, 5	6, 7,	
Préposés aux services de soutien personnel	1, 2, 3, 4, 5, 7,10 avant le stage	3, 4, 5	6, 8	
Soins paramédicaux	1, 2, 2.1, 2.2, 3, 4, 5, 10 avant le stage7	3, 4, 5	6, 8	
Soins infirmiers auxiliaires	1, 2, 2.1, 2.2, 3, 4, 5, 7,10 avant le stage	3, 4, 5	6, 8	
Techniques d'éducation spécialisée	1, 2, 4, 5	4, 5	3, 6, 7 <b>COVAX*</b>	8
Techniques des services policiers			2, 3, 4, 6, 7 <b>COVAX*</b>	1, 5, 8
Technique de travail social	1, 2, 4	3, 4	5, 6, 7, 8 <b>COVAX</b>	
Technologie en radiation médicale	1, 2, 2.1, 2.2, 3, 4, 5,10 avant le stage	3, 4, 5	6, 7, 8	
Techniques de soins vétérinaires	2, 3, 4, 9		10 avant le stage	

**SVP notez qu'il se peut que le vaccin COVAX soit exigé pour aller en stage (selon les directives/politiques de l'employeur) et que si l'étudiant refuse le vaccin qu'il risque de ne pas être en mesure d'aller en stage.**

**Notez :** Dans ce cas, le Collège ne peut garantir qu'un stage sera disponible pour l'étudiant.e. Un.e étudiant.e qui ne satisfait.e pas à aux résultats d'apprentissage d'un programme ne pourra diplômé du Collège Boréal.

- **Section 4, RRO, 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.**
- **Section 10 : Vaccin COVAX :** **Si le vaccin COVAX (COVID-19) est obligatoire pour le stage et est refusé par l'étudiant.e, l'organisme pourrait refuser l'accès à celui-ci.** Dans ce cas, le Collège ne peut garantir qu'un stage

sera disponible pour l'étudiant.e. Un.e étudiant.e qui ne satisfait.e pas à aux résultats d'apprentissage d'un programme ne pourra diplômé du Collège Boréal.

## PARTIE B - FICHE D'IMMUNISATION

Voir au verso pour la version anglaise - See overleaf for English version

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

PROGRAMME D'ÉTUDE : \_\_\_\_\_

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 au début du programme, donc il suffit de faire un test à une étape durant les années subséquentes du programme. 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 annuelle: date : \_\_\_\_\_ résultat : \_\_\_\_\_

Traitement antituberculeux, s'il y a eu lieu :

**SECTION 2 – DIPHTÉRIE, COQUELUCHE, TÉTANOS, POLIO, (Diphtheria, Pertussis, Tetanus, Polio – DPTP en anglais):**

Le vaccin contre la **polio** est recommandé tous **les 10 ans** pour le programme Formation en services funéraires.

	Diphthérie	Coqueluche	Tétanos	Précisez : Polio IPV <b>ou</b> Polio oral (Sabin)
Date : *				ou
Date : *				ou
Date : *				ou
Date : *				ou

**SECTION 2.1 – Tdap (TÉTANOS, DIPHTÉRIE ET COQUELUCHE ACELLULAIRE) dosage d'adulte après l'âge de 18 ans** Date : \*

**SECTION 2.2 – Td (TÉTANOS, DIPHTÉRIE) Suivie du tétanos et de la diphtérie à tous les 10 ans après le Tdap** Date : \*

**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 : *	Date vaccin n° 4 :
Date vaccin n° 2 : *	Date vaccin n° 5 :
Date vaccin n° 3 : *	Date vaccin n° 6 :
Date/résultat titrage : *      † pos (protégé) / nég (susceptible)	Date / résultat titrage :      pos / † nég

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

	Rougeole	Oreillons	Rubéole
Date : *			
Date : *			
Date :			
Date/résultat titrage : *	pos / † nég	† pos / nég	† pos / 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. Pour le programme Soins infirmiers auxiliaires (SIAX) **et** le programme Technologie en radiation médicale, le titrage est obligatoire.

Date de la prise de sang : \_\_\_\_\_ 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) : *

**SECTION 9 – RAGE :** Série de 3 injections (jour 0 = première injection, jour 7 = deuxième injection et jour 21 = troisième injection)

**SECTION 10 – Covax(COVID-19) :** ou une lettre de refus ou une lettre indiquant que ce vaccin est contre-indiqué pour vous.

Date (s) \*      Nom du vaccin :

Notez : Section 10: Si le vaccin contre le COVID-19 est refusé, l'organisme pourrait refuser accès au stage.

Professionnel ou professionnelle de la santé  
Nom :

Signature :

Titre :

Date :

**PARTIE B – IMMUNIZATION RECORD**

Voir au verso pour la version anglaise - See overleaf for English version

NAME: \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH : \_\_\_\_\_

ACADEMIC PROGRAM: \_\_\_\_\_

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:** Step 2 is administered 1 to 4 weeks after step 1. Note that 2-step testing is only required once at the beginning of the program; therefore, only a 1-step is required in subsequent years of the program. 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 annually Date : \_\_\_\_\_ Result : \_\_\_\_\_  
TB treatment, if relevant :

**SECTION 2 – DIPHTHERIA, WHOOPING COUGH, TETANUS, POLIO (DPTP):**

Primary series. 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: *				or
Date: *				or
Date: *				or
Date: *				or

**SECTION 2.1 – Tdap (TETANUS, DIPHTHERIA, ACELLULAR PERTUSSIS)** adult dose received after the age of 18 years **Date: \***

**SECTION 2.2 – Td (TETANUS, DIPHTHERIA)** Tetanus/diphtheria is required every 10 years following the Tdap. **Date: \***

**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 (titer). If titer is negative, one or several vaccines and titers 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/titer: * pos (protected) / neg (susceptible)	Date/titer: pos / neg

**SECTION 4 – MEASLES, MUMPS, RUBELLA (MMR):** 2 MMR vaccines or titers. (titer required for MRT students)

	Measles	Mumps	Rubella
Date: *			
Date: *			
Date/titer: *	pos / neg	pos / neg	pos / neg

**SECTION 5 – VARICELLA (chicken pox):** Blood test to determine level of immunity (titer) in the absence of documented history of illness or immunization. A titer is required for the Practical Nursing (PN) program and **the Medical Radiation Technology program.**

Date of blood test: \_\_\_\_\_ Titer result: pos / neg If titer is negative, date of 1<sup>st</sup> 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>rd</sup> injection only if Twinrix): *

**SECTION 9 – RABIES:** Series of 3 injections (day 0 = first injection, day 7 = second injection and day 21 = third injection)**Section 10 – Covax (COVID-19):** or a refusal letter indicating the vaccine is contraindicated.

Dates (s) \* Name of vaccine: \_\_\_\_\_

Notice: Section 10: If the COVID-19 vaccine is refused, an employer may refuse access to a placement.

Health professional Name:	Signature:	Title:	Date:
------------------------------	------------	--------	-------

## COLLÈGE BORÉAL— SOINS PARAMÉDICAUX RAPPORT SUR LES MALADIES INFECTIEUSES

Il faut remplir ce formulaire afin de se conformer au Règlement de l'Ontario 257/00 pris en application de la *Loi sur les ambulances*, qui stipule que « les étudiants qui manifestent une maladie symptomatique aiguë qui peut être d'origine infectieuse, ne devraient pas participer à l'évaluation ou à la prestation directe des soins à un patient » (traduction libre), tel que l'indique le Tableau 1 du document intitulé *Ambulance Service Communicable Disease Standards*, publié par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Direction des services de santé d'urgence, avril 2000.

### VOTRE PRATICIEN OU PRACTICIENNE DE SANTÉ\* DOIT REMPLIR CETTE SECTION:

Par la présente, j'atteste que \_\_\_\_\_, date de naissance : \_\_\_\_\_ est libre de toutes maladies infectieuses aux termes du Règlement de l'Ontario 257/00, tel que modifié, et de tous règlements et normes connexes.

Voici des exemples de maladies en Ontario, qui, lorsqu'elles sont aiguës, devraient empêcher une technicienne ou un technicien de soins ambulanciers ou une ambulancière paramédicale ou un ambulancier paramédical de participer directement à l'évaluation ou à la prestation des soins à un patient :

Syndrôme d'immunodéficience acquise (SIDA)	Fièvres virales hémorragiques, y compris la	Peste
Amibiase	maladie à virus d'Ebola, la maladie à virus de	Poliomyélite (aiguë)
Anthrax	Marbourg et d'autres causes virales	Psittacose/ornithose
Botulisme	Hépatite virale de type A, B, C	Fièvre Q (coxiellose)
Entérite à <i>Campylobacter</i>	Grippe	Rage
Varicelle	Fièvre de Lassa	Rubéole
Choléra	Légionellose	Embryopathie rubéoleuse
Infection à cytomégalovirus (congénitale)	Lèpre	Salmonellose
Diphthérie	Listériose	Dysenterie bacillaire (shigellose)
Encéphalite (primaire virale)	Malaria	Tuberculose
Gastro-entérite	Rougeole	Tularémie
Giardiase	Méningite virale	Fièvre typhoïde
Maladie streptococcique de groupe A (invasive)	Méningite méningococcique	Infections à l'E. coli produisant
Maladie à <i>hemophilus influenzae B</i> (invasive)	Oreillons	des vérotoxines
Conjonctivite gonococcique du nouveau-né	Fièvre parathyroïdienne	Fièvre jaune
	Coqueluche	Yersiniose

Explication (en cas d'infection):

---



---

Signature du (de la) praticien(ne) de santé\* : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nom du (de la) praticien(ne) de santé\* : \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

\* médecin de famille, infirmière praticienne ou infirmier praticien

**PART C - MEDICAL CERTIFICATE***Voir au verso pour la version anglaise - See overleaf for English version***COLLÈGE BORÉAL—SOINS AMBULANCIERS PARAMÉDICAUX  
COMMUNICABLE DISEASE REPORT**

Completion of this form is required to comply with Ontario Regulation 257/00 of the *Ambulance Act*, which states "students who are exhibiting an acute symptomatic illness that may be infectious in origin, should not be involved in the assessment of or direct delivery of care to a patient", as set out in Table 1 to the document entitled "Ambulance Service Communicable Disease Standards", published by the Ministry of Health and Long Term Care, Emergency Health Services Branch, April 2000.

**THIS SECTION TO BE COMPLETED BY YOUR DOCTOR OR NURSE PRACTITIONER:**

This is to certify that \_\_\_\_\_, date of birth: \_\_\_\_\_, is free from all communicable diseases within the meaning of Ontario Regulation 257/00, as amended, and any related regulations and standards.

Examples of diseases in Ontario, which, when in an acute symptomatic state, should preclude an EMA or Paramedic from participating in the direct assessment of or provision of patient care include:

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)  
Amebiasis  
Anthrax  
Botulism  
Campylobacter Enteritis  
Chicken Pox (varicella)  
Cholera  
Cytomegalovirus Infection (congenital)  
Diphtheria  
Encephalitis (primary viral)  
Gastroenteritis/Enteritis  
Giardiasis  
Group A Streptococcal disease (invasive)  
Haemophilus Influenza B disease (invasive)  
Ophthalmia Neonatorum

Hemorrhagic Fevers including: Ebola virus disease, Marburg virus disease, and other viral causes  
Viral Hepatitis, A, B, C  
Influenza  
Lassa Fever  
Legionellosis  
Leprosy  
Listeriosis  
Malaria  
Measles  
Viral Meningitis  
Meningococcal Meningitis  
Mumps  
Parathyroid Fever  
Pertussis (whooping cough)

Plague  
Poliomyelitis (acute)  
Psittacosis/ornithosis  
Q Fever  
Rabies  
Rubella  
Rubella (congenital syndrome)  
Salmonellosis  
Shigellosis  
Tuberculosis  
Tularemia  
Typhoid Fever  
Verotoxin—producing E. Coli infections  
Yellow Fever  
Yersiniosis

Explanation (if infected):

---



---

Doctor or Nurse Practitioner Signature: \_\_\_\_\_

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

Doctor or Nurse Practitioner Name: \_\_\_\_\_

Tel. # \_\_\_\_\_

\* family physician, or nurse practitioner



**CERTIFICAT MÉDICAL POUR LE PROGRAMME  
ÉDUCATION EN SERVICES À L'ENFANCE  
anciennement Garde éducative à l'enfance**

Tel que stipulé dans la Loi sur les garderies, « L'exploitant d'une garderie veille à ce que, avant d'entrer en fonctions, chaque personne employée dans cette garderie subisse un examen médical et soit immunisée, selon les recommandations du médecin-hygiéniste local. » Dans le but de préparer nos apprenantes et apprenants à travailler, en tant que bénévoles ou en tant qu'employés dans une garderie, le Collège Boréal exige une preuve d'examen médical et d'immunisation à jour. Cette preuve doit être présentée à la direction de garderie avant que l'apprenante ou l'apprenant puisse débiter son stage.

<b>Prénom :</b>		<b>Nom :</b>		<b>Sexe :</b>		<b>Date de naissance</b>	
				_____ M _____ F		_____ / _____ / _____ jour        mois        année	
<b>Adresse</b>	Rue :						
Ville :		Province :		Code postal :		Téléphone :	

J'atteste que \_\_\_\_\_ est en bonne santé pour travailler auprès des enfants en service de garde.

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Médecin de famille, infirmière praticienne ou infirmier praticien :**

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

Nom : \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

**MEDICAL CERTIFICATE FOR THE  
EARLY CHILDHOOD EDUCATION PROGRAM**

Completion of this form is required to comply with the Day Nurseries Act, 1990: "Every operator of a day nursery shall ensure that, before commencing employment, each person employed in each day nursery operated by the operator has a health assessment and immunization as recommended by the local medical officer of health." In order to prepare our learners to work as volunteers or employees in the Early Childhood Education field, Collège Boréal requires the completion of a medical certificate of health and up to date immunizations. These documents must be presented prior to placement to the management of the Early Childhood Education facility.

<b>Surname:</b>	<b>First name :</b>	<b>Sex :</b> ____ M ____ F	<b>Date of birth</b> ____ / ____ / ____ day    month    year
<b>Address</b>	Street:		
City :	Province :	Postal code:	Telephone:

I hereby certify that \_\_\_\_\_ is in good health and is fit to care for children in an Early Childhood Education setting.

Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Doctor or Nurse Practitioner:**

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

Name: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_