

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

Destinée aux étudiants et étudiantes des programmes suivants SEULEMENT

Programmes en santé et en services communautaires	
Assistant/assistante de l'ergothérapeute et Assistant/assistante du physiothérapeute	Soins paramédicaux
Échographie diagnostique	Soins infirmiers auxiliaires
Éducation en services à l'enfance	Techniques d'éducation spécialisée
Directeur/directrice de funérailles – classe 1 (avec permis d'embaumeur)	Techniques de soins vétérinaires
Directeur/directrice de funérailles – classe 2 (sans permis d'embaumeur)	Techniques des services policiers
Hygiène dentaire	Technique de travail social
Massothérapie	Technologie en radiation médicale
Préposés/préposées 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** : pour les programmes *Soins paramédicaux* et *Éducation en services à l'enfance* **seulement**

Une fois que vous avez reçu votre acceptation dans votre programme et afin de pouvoir commencer votre stage en temps opportun, vous devez satisfaire à certaines exigences en matière d'immunisation, conformément aux règlements des divers stages et aux lois de l'Ontario. De plus, un certificat médical dûment rempli par votre médecin ou infirmier praticien/infirmière praticienne est requis pour les programmes *Soins paramédicaux* et *Éducation en services à l'enfance*.

Veillez remplir les parties **A** (Formulaire d'accueil), **B** (Fiche d'immunisation) et, le cas échéant, la partie **C** (Certificat médical) de ce document. Au moment de régler vos droits de scolarité, remettez au **Registrariat** les formulaires remplis accompagnés d'une copie de votre **carnet d'immunisation** à jour. Le Registrariat se chargera de les transmettre au secteur de votre programme au Collège Boréal. **Veillez garder en lieu sûr une photocopie de tout document que vous envoyez au Collège.**

Note : Il peut y avoir des frais pour certains vaccins et, dans certains cas, pour les tests de tuberculose, les examens physiques et l'aide pour remplir les formulaires. Certains vaccins sont couverts par une assurance maladie privée et d'autres sont disponibles gratuitement auprès du service de santé publique de votre région. Le Collège Boréal décline toute responsabilité quant aux frais liés aux éléments mentionnés dans ces formulaires.

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 ____Non déclaré	Date de naissance : ____ / ____ / ____ jour mois année
Carte d'assurance maladie ex., Carte santé (Ontario), Carte soleil (Québec), Medicare (Nouveau-Brunswick) ou autre	Nom au complet tel qu'inscrit sur votre carte :		Province du régime :
	Numéro de carte d'assurance maladie :	Code de version (lettre ou numéro à la fin)	Date d'expiration, s'il y a lieu :
	<u>Si vous n'avez pas</u> de carte provinciale :		
	Nom de la compagnie d'assurance privée : _____		
Numéro de la police d'assurance privée : _____			
Adresse durant vos études Même que mon adresse permanente : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rue		
	Ville Province/pays	Code postal	Numéro de téléphone
	Courrier électronique :		
Adresse permanente Je retourne à cette adresse après mes études : <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	Programme d'études		Année d'études (1re, 2e ou 3e année)

PARTIE B – FICHE D'IMMUNISATION – INSTRUCTIONS

Il est fortement recommandé de mettre à jour vos vaccins et vos tests **cet été avant la rentrée scolaire** ou selon les exigences de votre programme afin de vous assurer de satisfaire à toutes les exigences avant le début de vos stages. Si vous ne respectez pas ces exigences, vous risquez de ne pas être accepté(e) en stage ou en milieu d'exercice. Si vous avez des contre-indications pour certains vaccins, veuillez soumettre une note d'exemption de votre prestataire de soins de santé.

Afin de mettre à jour vos vaccins et vos tests en vue de remplir ce formulaire, vous pouvez :

- vérifier votre carnet de vaccination;
- demander au bureau de santé publique de votre région de vous envoyer une copie de votre dossier d'immunisation;
- consulter votre prestataire de soins de santé (p. ex., médecin de famille, infirmière praticienne ou infirmier praticien);
- vous présentez à la clinique de vaccination de votre bureau de santé publique local, qui offre certains vaccins et tests (p. ex., test de tuberculose, vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la polio, la rougeole, les oreillons, la rubéole, la méningite, l'hépatite B).

Afin de remplir la Fiche d'immunisation (ci-jointe) :

- Consultez le tableau ci-dessous afin de savoir quels sont les vaccins et tests exigés ou recommandés dans votre programme. Puis, consultez la Fiche d'immunisation (Partie B) afin de repérer les vaccins et tests correspondants. Notez quels vaccins et analyses de sang sont obligatoires et lesquels sont recommandés.
- Remplissez la Fiche d'immunisation selon les indications qui correspondent à votre programme.
- Sur la Fiche d'immunisation, indiquez votre nom, votre date de naissance et votre programme.
- Dans les sections qui correspondent à votre programme, faites la mise à jour de vos vaccins et tests et demandez à votre prestataire de soins de santé de remplir les sections pertinentes.

Programmes Santé et services communautaires	Sections de la fiche d'immunisation à remplir			
	Vaccins obligatoires	Analyses de sang (titrages) obligatoires	Vaccins fortement recommandés	Vaccins facultatifs
Assistant/assistante de l'ergothérapeute et Assistant/assistante du physiothérapeute	1, 2, 2.1, 2.2, 3, 4, 5, 7, 10	3, 4 et 5	6	
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	10
Directrice/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	
Directrice/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, (avant les stages internes et externes)	3, 4, 5	6	8
Massothérapie	1, 2, 2.1, 2.2, 3, 4, 5 (avant les stages internes et externes)	3, 4, 5	6, 7,	
Préposé(e) aux services de soutien personnel	1, 2, 2.1, 2.2, 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 stage, 7	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, 10	8
Techniques des services policiers			2, 3, 4, 6, 7, 10	1, 5, 8
Techniques de travail social	1, 2, 4	3, 4	5, 6, 7, 8, 10	
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	
Promotion de l'activité physique et de la santé	Selon les exigences des emplacements de stage		2, 2.1, 2.2, 3, 4, 5, 6, 7, 10	1, 8

NOTE : Certains stages peuvent exiger le **vaccin contre la COVID-19** (selon les directives/politiques de l'employeur). Les personnes qui **refusent** ce vaccin risquent de ne pas pouvoir effectuer leurs stages. Dans ce cas, le Collège ne peut pas leur garantir qu'un stage sera disponible. **Les personnes qui ne satisfont pas aux résultats d'apprentissage de leur programme ne pourront pas obtenir leur diplôme.**

- **Section 4, RRO, titrages :** Titrage exigé seulement si au moins deux vaccins ont été administrés contre la rougeole, la rubéole et les oreillons.
- **Section 5, Varicelle, titrage et vaccins :** Un antécédent documenté de varicelle plutôt qu'un titrage est acceptable. S'il n'y a aucun antécédent d'infection, 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 vous refuser l'accès au stage.
- **Section 10 : Vaccin contre la COVID-19 :** Toute personne qui refuse le vaccin contre la COVID-19 risque de se voir refuser l'accès à un stage qui l'exige. Dans ce cas, le Collège ne peut pas lui garantir qu'un stage sera disponible.

Les personnes qui ne satisfont pas aux résultats d'apprentissage de leur programme ne pourront pas obtenir leur diplôme.

PARTIE B – FICHE D'IMMUNISATION

Voir au verso pour la version anglaise. / See overleaf for English version.

NOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

PROGRAMME D'ÉTUDE : _____

Inscrivez une date aux endroits marqués d'un astérisque et cochez les cases qui s'appliquent. Veuillez aussi joindre une copie de votre carnet d'immunisation à jour. **Gardez une photocopie** de tout document que vous envoyez au Collège.

SECTION 1 – TEST CUTANÉ À LA TUBERCULINE (TCT) EN 2 ÉTAPES : La 2^e étape est administrée de 1 à 4 semaines après la 1^{re} étape. Le test à deux étapes est seulement requis au début du programme. Il suffit donc de faire un test à une étape durant les années subséquentes du programme. Veuillez inscrire les dates et les résultats de chacun des tests.

TCT en 2 étapes * n° 1 : date : _____ résultat : _____ mm pos/nég

* n° 2 : date : _____ résultat : _____ mm pos/nég

TCT en 1 étape : * date : _____ résultat : _____ mm pos/nég

Suivi d'un résultat 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 de Directrice ou directeur de funérailles.

	Diphthérie	Coqueluche	Tétanos	Précisez : Polio VPI ou Polio oral (Sabin)
Date : *				ou
Date : *				ou
Date : *				ou
Date : *				ou

SECTION 2.1 – TÉTANOS, DIPHTÉRIE ET COQUELUCHE (dcaT) : Dosage adulte après l'âge de 18 ans. Date : ***SECTION 2.2 – TÉTANOS, DIPHTÉRIE (dT) :** Tous les 10 ans après le dcaT-VPI. Date : ***SECTION 3 – HÉPATITE B (HB) :** Série de 2 ou de 3 injections (selon l'âge) **et** une analyse de sang pour déterminer le niveau d'immunité (titrage). Si le titrage est négatif, un ou plusieurs vaccins/titrages devraient être répétés.

Vaccin n° 1 – date * : _____ Vaccin n° 4 – date : _____

Vaccin n° 2 – date * : _____ Vaccin n° 5 – date : _____

Vaccin n° 3 – date * : _____ Vaccin n° 6 – date : _____

Titration – date/résultat * : _____ pos (protégé) / nég (susceptible) Titration – date/résultat : _____ pos / nég

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

	Rougeole	Oreillons	Rubéole
Date : *			
Date : *			
Date :			
Titration – date/résultat * :	pos / nég	pos / nég	pos / nég

SECTION 5 – VARICELLE (Var) : Analyse de sang pour déterminer le niveau d'immunité (titrage) si aucune infection antérieure ou immunisation n'a été documentée. **Titration obligatoire** pour les programmes Soins infirmiers auxiliaires (SIAX) et TRM.

Date de la prise de sang : _____ Résultat du titrage : pos / nég

Si titrage nég : date du 1^{er} vaccin : * _____ Date du 2^e vaccin : * _____**SECTION 6 – MÉNINGITE :** Aucun rappel ou rappel à tous les 5 ans selon le type de vaccin.

Date : * _____ Nom du vaccin : _____

SECTION 7 – GRIPPE (disponible en octobre) OU lettre de refus du vaccin OU lettre d'exemption du vaccin

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^e injection seulement pour le *Twinrix*) : * _____**SECTION 9 – VACCIN CONTRE LA RAGE :** Série de 3 injections (jour 0 = 1^{re} injection, jour 7 = 2^e injection, jour 21 = 3^e injection)**SECTION 10 – VACCIN CONTRE LA COVID-19** OU lettre de refus du vaccin OU lettre d'exemption du vaccin

Date(s) : * _____ Nom du vaccin : _____

Date(s) : * _____ Nom du vaccin : _____

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

PARTIE B – IMMUNIZATION RECORD
version.

Voir au verso pour la version française. / See overleaf for French

NAME: _____

DATE OF BIRTH: _____

ACADEMIC PROGRAM: _____

Please enter a date where indicated by an asterisk and check the appropriate boxes. Also **include a copy** of your up-to-date immunization record. **Keep a copy** of any documents you forward to the College.

SECTION 1 – 2-STEP TUBERCULIN SKIN TEST (TST): Step 2 is performed 1 to 4 weeks after step 1. Note that 2-step testing is only required once at the beginning of the program; therefore, only the 1-step test is required in subsequent years of the program. Please record the dates and results of each test.				
2-step TST: * n° 1: date:		result: _____ mm	pos/neg	
* n° 2: date:		result: _____ mm	pos/neg	
1-step TST: * date:		result: _____ mm	pos/neg	
Follow-up for positive test: Annual chest X-ray: Date: _____ Result: _____ TB treatment, if relevant:				
SECTION 2 – DIPHTHERIA, WHOOPING COUGH, TETANUS, POLIO (Tdap-IPV): Primary series. The polio vaccine is recommended every 10 years for the Funeral Director programs.				
	Diphtheria	Whooping cough	Tetanus	IPV Polio or Oral Polio (Sabin)
Date: *				or
Date: *				or
Date: *				or
Date: *				or
SECTION 2.1 – TETANUS, DIPHTHERIA, ACELLULAR PERTUSSIS(Tdap) Adult dose received after the age of 18 years Date: *				
SECTION 2.2 – TETANUS, DIPHTHERIA (Td) Tetanus/diphtheria is required every 10 years following the Tdap. Date: *				
SECTION 3 – HEPATITIS B (HB): Series of 2 or 3 injections (depending on age) and a blood test to determine level of immunity (titre). If titre is negative, one or several vaccines and titres should be repeated.				
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 date/result : *		pos (protected)/neg (susceptible)		Titre date/result : _____ pos/neg
SECTION 4 – MEASLES, MUMPS, RUBELLA (MMR): 2 MMR vaccines or titres. (Titre required for MRT students.)				
	Measles	Mumps	Rubella	
Date: *				
Date: *				
Titre date/result: *	pos/neg	pos/neg	pos/neg	
SECTION 5 – VARICELLA (chicken pox): Blood test to determine level of immunity (titre) in the absence of documented history of infection or immunization. A titre is required for the <i>Practical Nursing (PN)</i> and <i>Medical Radiation Technology</i> programs.				
History of infection: yes / no		If "no," titre date/result: *		pos / neg
Date of blood test: _____		Titre result: pos/neg		If titre is negative, date of 1 st vaccine: *
Date of 2 nd vaccine: *				
SECTION 6 – MENINGITIS: No booster or booster every 5 years depending on type of vaccine.				
Date: *	Name of vaccine: _____			
SECTION 7 – FLU (available in October) OR vaccine refusal letter OR vaccine exemption letter				
Date: *	Name of vaccine: _____			
SECTION 8 – HEPATITIS A: Available alone (2 injections) or with Hepatitis B as <i>Twinrix</i> (3 injections).				
Name of vaccine:		Date: *		
Name of vaccine:		Date: *		
Name of vaccine:		Date (3 rd injection only if <i>Twinrix</i>): *		
SECTION 9 – RABIES: Series of 3 injections (day 0 = first injection, day 7 = second injection and day 21 = third injection)				
SECTION 10 – COVID-19 VACCINE OR vaccine refusal letter OR vaccine exemption letter				
Date(s) *	Name of vaccine:			
Date(s) *	Name of vaccine:			
Date(s) *	Name of vaccine:			
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 toute maladie transmissible en vertu du *Règlement de l'Ontario 257/00*, tel que modifié, et de tous les 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 :

Syndrome 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 <i>E. coli</i> produisant des vérotoxines
Maladie à <i>Hemophilus influenzae B</i> (invasive)	Oreillons	Fièvre jaune
Conjonctivite gonococcique du nouveau-né	Fièvre parathyroïdienne	Yersiniose
	Coqueluche	

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 française. / See overleaf for French version

**COLLÈGE BORÉAL – PARAMEDIC PROGRAM
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 IS TO BE COMPLETED BY YOUR HEALTH CARE PROVIDER:

I hereby certify that _____ (date of birth: _____) is free from all communicable diseases under *Ontario Regulation 257/00*, as amended, and any related regulations and standards.

In Ontario, in cases of acute symptomatic infection with the following diseases (among others), EMAs and paramedics must not be directly involved in the direct assessment or care of a patient.

Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)	Hemorrhagic fevers including: Ebola virus disease, Marburg virus disease, and other viral causes	Plague
Amebiasis	Viral hepatitis, A, B, C	Poliomyelitis (acute)
Anthrax	Influenza	Psittacosis/ornithosis
Botulism	Lassa fever	Q Fever
<i>Campylobacter</i> enteritis	Legionellosis	Rabies
Chickenpox (varicella)	Leprosy	Rubella
Cholera	Listeriosis	Rubella (congenital syndrome)
Cytomegalovirus infection (congenital)	Malaria	Salmonellosis
Diphtheria	Measles	Shigellosis
Encephalitis (primary viral)	Viral meningitis	Tuberculosis
Gastroenteritis	Meningococcal meningitis	Tularemia
Giardiasis	Mumps	Typhoid Fever
Group A streptococcal disease (invasive)	Parathyroid fever	Verotoxin – producing <i>E. Coli</i> infections
<i>Haemophilus influenza B</i> disease (invasive)	Pertussis (whooping cough)	Yellow fever
Ophthalmia neonatorum		Yersiniosis

Explanation (if infected):

Health Care Provider* Signature: _____

Date: _____

Health Care Provider* Name: _____

Tel.: _____

* family physician, or nurse practitioner

PARTIE C – CERTIFICAT MÉDICAL

Voir au verso pour la version anglaise. – See overleaf for English version.

**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.

Prénom :		Nom :		Sexe :		Date de naissance	
				___ M ___ F ___ Non déclaré		___ / ___ / ___ jour mois année	
Adresse		Rue :					
Ville :			Province :		Code postal :		Téléphone :

J'atteste que _____ est en bonne santé et capable de s'occuper d'enfants dans un service de garde.

Commentaires : _____

Médecin de famille, infirmière praticienne ou infirmier praticien :

Signature : _____ Date : _____

Nom : _____ Ville : _____ Tél. : _____

PART C – MEDICAL CERTIFICATE*Voir au verso pour la version française. / See overleaf for French version.***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.

Surname:		First name:		Sex:	Date of birth	
				___ M ___ F ___ Not declared	___ / ___ / ___ day month year	
Address	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: _____