

Avril 2022

À l'attention des élèves et de leurs parents ou tuteurs

L'équipe du bureau de santé est heureuse d'offrir des séances de vaccination en milieu scolaire aux élèves de 9<sup>e</sup> et de 10<sup>e</sup> année afin d'administrer les vaccins systématiques suivants :

- le vaccin contre l'hépatite B;
- le vaccin conjugué contre la méningite à méningocoque ACYW (Menactra);
- le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH).
- 

Ces trois vaccins seront les seuls à être offerts lors des séances de vaccination en milieu scolaire.

La vaccination contribue de façon importante à l'état de santé globale des gens. Nous vous encourageons à lire les renseignements ci-joints.

Normalement, ces vaccins systématiques sont offerts aux élèves de 7<sup>e</sup> année, mais la pandémie a entraîné des retards quant à leur administration. Pour s'assurer que les élèves de 9<sup>e</sup> et de 10<sup>e</sup> année aient la possibilité de se faire vacciner, le bureau de santé tiendra des séances de vaccination dans chacune des écoles secondaires au cours des semaines à venir.

*Aux termes de la Loi sur le consentement aux soins de santé<sup>1</sup>*, il nous faut la permission de l'élève pour lui administrer un vaccin. La plupart des élèves qui fréquentent une école secondaire sont à l'âge où ils peuvent prendre des décisions concernant leur santé et consentir à la vaccination. Si une infirmière détermine qu'un élève n'est pas en mesure de comprendre les renseignements présentés, elle communiquera avec le parent ou le tuteur de l'élève. Le consentement des élèves sera consigné aux dossiers lors de la séance à l'école.

Assurez-vous de lire les fiches d'information ci-jointes pour en apprendre davantage sur les trois vaccins offerts lors des séances de vaccination en milieu scolaire et encouragez votre enfant à se présenter à la séance qui se tiendra à son école au printemps, et à celle qui aura lieu l'hiver prochain pour recevoir sa deuxième dose des vaccins contre l'hépatite B et le VPH.

Pour obtenir des conseils sur la façon d'aider les élèves à se sentir à l'aise avant et durant la vaccination ou à surmonter la peur des aiguilles, visitez la page Web du SickKids à <https://www.aboutkidshealth.ca/fr/card>.

**À noter** : Le vaccin conjugué contre les méningocoques ACYW est obligatoire pour les élèves de la 7<sup>e</sup> année aux termes de la *Loi sur l'immunisation des élèves*. Afin de répondre aux exigences de la *Loi*, l'élève doit se faire vacciner ou avoir en dossier au bureau de santé une Déclaration d'exemption médicale ou un affidavit.

Pour en savoir plus, visitez le [www.simcoemuskokahealth.org](http://www.simcoemuskokahealth.org).

Sincères salutations,

Colin Q-T Lee, MD, M.Sc., CCMF(MU), FRCPC, Médecin-hygiéniste adjoint

☐ **Barrie:**  
15 Sperling Drive  
Barrie, ON  
L4M 6K9  
705-721-7520  
FAX: 705-721-1495

☐ **Collingwood:**  
280 Pretty River Pkwy.  
Collingwood, ON  
L9Y 4J5  
705-445-0804  
FAX: 705-445-6498

☐ **Cookstown:**  
2-25 King Street S.  
Cookstown, ON  
L0L 1L0  
705-458-1103  
FAX: 705-458-0105

☐ **Gravenhurst:**  
2-5 Pineridge Gate  
Gravenhurst, ON  
P1P 1Z3  
705-684-9090  
FAX: 705-684-9887

☐ **Huntsville:**  
34 Chaffey St.  
Huntsville, ON  
P1H 1K1  
705-789-8813  
FAX: 705-789-7245

☐ **Midland:**  
A-925 Hugel Ave.  
Midland, ON  
L4R 1X8  
705-526-9324  
FAX: 705-526-1513

☐ **Orillia:**  
120-169 Front St. S.  
Orillia, ON  
L3V 4S8  
705-325-9565  
FAX: 705-325-2091

April 2022

Dear Students, Parents and Guardians:

The health unit is pleased to be offering school vaccination clinics for Grade 9 and 10 students for the following routine immunizations:

- Hepatitis B
- Meningococcal Conjugate ACYW (meningitis) Menactra
- HPV-9 (Human Papillomavirus)

These three vaccines will be the only immunizations offered at the school clinics.

Immunizations are an important part of a person's overall health care and we encourage you to read the attached information.

Under normal circumstance these vaccinations are offered when students are in Grade 7, but the COVID-19 pandemic has caused delays in offering these routine vaccinations. To ensure that Grade 9 and 10 students have the opportunity to be vaccinated, SMDHU will be offering clinics at each high school in the upcoming weeks.

Under the Health Care Consent Act, we need the student's consent to give them a vaccine. Students in secondary school are of an age where most can make decisions about their health and can consent to getting vaccines. If a nurse determines a student is not able to understand the information, they will contact the parent or guardian. The student's consent will be documented at the time of the school clinic.

Please review the consent and fact sheets included with this letter to learn about the three vaccinations being offered at an upcoming school clinic and encourage your student to attend the clinic this spring and next winter for their second dose of Hep B and HPV.

For tips to help students feel more comfortable before and during vaccination and needle procedures please visit SickKids webpage at [www.aboutkidshealth.ca/card](http://www.aboutkidshealth.ca/card).

**Please note:** Meningococcal Conjugate ACYW vaccine is required for Grade 7 students under the Immunization School Pupils Act (ISPA). Students are required to receive the vaccination or have a medical exemption, or an affidavit on file, to meet the requirements of the ISPA.

For more information, visit [www.simcoemuskokahealth.org](http://www.simcoemuskokahealth.org)

Sincerely,

Colin Q-T Lee, MD, MSc, CCFP (EM), FRCPC  
Associate Medical Officer of Health

☐ **Barrie:**  
15 Sperling Drive  
Barrie, ON  
L4M 6K9  
705-721-7520  
FAX: 705-721-1495

☐ **Collingwood:**  
280 Pretty River Pkwy.  
Collingwood, ON  
L9Y 4J5  
705-445-0804  
FAX: 705-445-6498

☐ **Cookstown:**  
2-25 King Street S.  
Cookstown, ON  
L0L 1L0  
705-458-1103  
FAX: 705-458-0105

☐ **Gravenhurst:**  
2-5 Pineridge Gate  
Gravenhurst, ON  
P1P 1Z3  
705-684-9090  
FAX: 705-684-9887

☐ **Huntsville:**  
34 Chaffey St.  
Huntsville, ON  
P1H 1K1  
705-789-8813  
FAX: 705-789-7245

☐ **Midland:**  
A-925 Hugel Ave.  
Midland, ON  
L4R 1X8  
705-526-9324  
FAX: 705-526-1513

☐ **Orillia:**  
120-169 Front St. S.  
Orillia, ON  
L3V 4S8  
705-325-9565  
FAX: 705-325-2091

**Pour en savoir plus, ou pour consulter des fiches d'informations sur chaque vaccin, consultez notre site Web au [www.smdhu.org](http://www.smdhu.org)**

**Vaccin contre l'hépatite B**

**Qu'est-ce que l'hépatite B?**

L'hépatite B (HB) est une infection du foie causée par le virus de l'hépatite B. Le virus peut causer des dommages au foie, ou une inflammation ou le cancer du foie. Il n'y a malheureusement pas de traitement pour guérir l'hépatite B.

**Comment l'hépatite B se transmet-elle?**

Le virus se transmet par le contact avec le sang ou les liquides organiques d'une personne infectée.

Le virus peut survivre jusqu'à une semaine sur des objets comme les rasoirs ou les brosses à dents.

De nombreuses personnes atteintes d'hépatite B ne savent pas qu'elles sont infectées par le virus et peuvent le transmettre à d'autres personnes.

**Comment puis-je me protéger contre le virus de l'hépatite B?**

Faites-vous vacciner.

Pratiquez l'abstinence.

Si vous envisagez d'être sexuellement actif, il existe des façons de vous protéger contre l'hépatite B. Parlez à vos parents, à votre fournisseur de soins de santé ou visitez le [www.simcoemuskokahahealth.org](http://www.simcoemuskokahahealth.org) pour obtenir plus de renseignements.

Assurez-vous que des outils stérilisés sont utilisés pour le tatouage ou le perçage corporel.

Ne partagez pas les rasoirs, les brosses à dents ou d'autres articles de soins personnels.

**Quels sont les avantages du vaccin contre l'hépatite B?**

Si toutes les doses sont reçues, la protection contre l'hépatite B est supérieure à 95 %. Cette protection dure au moins 15 ans chez la plupart des personnes.

**Vaccin conjugué contre les méningocoques ACYW - Menactra®**

**Qu'est-ce que la méningite?**

La méningite est une infection du liquide qui entoure le cerveau et la moelle épinière. Elle peut être causée par divers virus ou bactéries. *Neisseria meningitidis* est l'une des bactéries qui cause la méningite bactérienne. Le vaccin Menactra® protège contre quatre différents types de ces bactéries

**Comment la méningite se transmet-elle?**

- Elle se transmet par la proximité ou le contact direct avec une personne infectée (baisers, toux ou partage de nourriture, de boissons et d'instruments de musique, entre autres).
- Les gens peuvent porter la bactérie méningocoque dans leur gorge ou leur nez sans être malades.
- Les gens tombent malades lorsque la bactérie pénètre dans le sang et d'autres liquides organiques.
- Cela peut causer des lésions cérébrales, voire la mort, en seulement quelques heures.

**Comment puis-je me protéger contre la bactérie méningocoque?**

- Faites-vous vacciner.
- Ne partagez pas la nourriture, les boissons ou les ustensiles.

**Quel est l'avantage de recevoir le vaccin Menactra®?**

- Lorsque vous étiez bébé, vous avez probablement reçu un vaccin contre la méningococcie (p. ex. Menjugate®) qui protège contre **une seule** souche de bactérie.
- Le vaccin Menactra® protège contre **quatre** souches de bactérie.
- Il protège de 80 % à 85 % des adolescents contre la maladie causée par ces quatre souches.

**Ce vaccin est obligatoire aux termes de la Loi sur l'immunisation des élèves.**

**Vaccin contre le virus du papillome humain – Gardasil® 9**

**Qu'est-ce que le virus du papillome humain (VPH)?**

Le VPH, ou virus du papillome humain, peut causer divers types de cancers (bouche et gorge, col de l'utérus, anus, parties génitales) ainsi que des verrues génitales.

**Comment puis-je me protéger contre le VPH?**

- Faites-vous vacciner.
- Pratiquez l'abstinence.
- Si vous envisagez d'être sexuellement actif, il existe des façons de vous protéger contre le VPH. Parlez à vos parents, à votre fournisseur de soins de santé ou visitez le [www.simcoemuskokahahealth.org](http://www.simcoemuskokahahealth.org) pour obtenir plus de renseignements.
- Continuez de subir des examens de dépistage du cancer conformément aux recommandations de votre fournisseur de soins de santé.

**Quels sont les avantages du vaccin contre le VPH (Gardasil® 9)?**

- Les recherches ont révélé que le vaccin **Gardasil® 9** peut prévenir la plupart des cas de cancer du col de l'utérus si toutes les doses sont administrées avant qu'une personne devienne sexuellement active.
- Il est aussi efficace pour prévenir certains autres cancers comme le cancer du pénis chez les hommes et le cancer de l'anus et de la gorge chez les femmes et les hommes.
- Le vaccin contre le VPH prévient aussi les verrues génitales.

Réactions courantes après la vaccination	Réactions moins courantes après la vaccination	Réactions très rares après la vaccination
Rougeurs, douleur ou enflure au point d'injection	Fatigue, maux de tête ou légère fièvre	Réaction allergique grave (difficulté à respirer, enflure du visage ou de la bouche, urticaire)* <i>*Le personnel infirmier a la formation nécessaire pour traiter les réactions allergiques graves.</i>

# For more information or detailed fact sheet on each vaccine please visit our website [www.smdhu.org](http://www.smdhu.org)

## Hepatitis B Vaccine

### What is Hepatitis B?

Hepatitis B (HB) is a virus that affects your liver. It can cause damage, swelling or cancer of the liver. Unfortunately, there is no cure for Hepatitis B.

### How can I get Hepatitis B?

- Through contact with an infected person's blood and/or body fluids.
- The virus can stay alive on things like razors or toothbrushes for up to one week.
- Many people with Hepatitis B don't know they have the virus and may go on to infect others.

### How can I protect myself from the Hepatitis B virus?

- Get the vaccine.
- Practice abstinence.
- If you are considering being sexually active, there are ways to protect yourself against Hepatitis B. Talk to your parents, health care provider or go to [www.simcoemuskokahealth.org](http://www.simcoemuskokahealth.org) for more information.
- Make sure sterile tools are used for tattooing or body piercing.
- Do not share razors, toothbrushes or other personal care items.

### What is the benefit of getting the Hepatitis B vaccine?

- If all doses are received, the vaccine protects more than 95% against Hepatitis B. The protection lasts at least 15 years or more for most people.

## Meningococcal Conjugate ACYW Vaccine - Menactra®

### What is meningitis?

Meningitis is an infection of the fluid around a person's spinal cord and brain. It can be caused by different viruses or bacteria. Neisseria meningitidis is one of these bacteria. Menactra® vaccine protects against 4 different types of this bacteria.

### How can I get meningitis?

- Through close, direct contact (kissing, coughing or sharing things like food, drinks and musical instruments).
- People can carry the bacteria in their nose and throat without feeling sick. People become sick when the bacteria gets into their blood and body fluids.
- This can lead to brain damage and sometimes death within just a few hours.

### How can I protect myself from meningococcal bacteria?

- Get the vaccine.
- Do not share food, drinks or utensils.

### What is the benefit of getting the Menactra® vaccine?

- You have likely already received a meningococcal vaccine (e.g. Menjugate®) for infants that protects against **one** type of the bacteria.
- The Menactra® vaccine protects against **four** types of the bacteria.
- This vaccine protects 80% to 85% of teens against disease caused by these four types.

This vaccine is required under the Immunization School Pupil's Act.

## Human Papillomavirus Vaccine - Gardasil®9

### What is human papillomavirus (HPV)?

HPV is short for human papillomavirus. HPV can cause different kinds of cancer (mouth and throat, cervical, anal, and genital) and genital warts.

### How can I protect myself from HPV?

- Get the vaccine.
- Practice abstinence.
- If you are considering being sexually active, there are ways to protect yourself against HPV. Talk to your parents, health care provider or go to [www.simcoemuskokahealth.org](http://www.simcoemuskokahealth.org) for more information.
- Continue to have cancer screening as recommended by your health care provider.

### What is the benefit of getting the HPV vaccine (Gardasil®9)?

- Research has shown that Gardasil®9 can prevent most cases of cervical cancer if all doses are given before a person becomes sexually active.
- It is also effective in preventing some other cancers, such as penile cancers in males, and anal and throat cancer in females and males.
- HPV vaccine also prevents genital warts.

Most Common Reactions After Vaccination	Less Common Reactions After Vaccination	Very Rare Reactions After Vaccination
Redness, pain and/or swelling where the needle was given	Tiredness, headache and/or slight fever	Severe allergic reaction (Trouble breathing, swelling of the face or mouth, hives)* <i>*Clinic Nurses are trained to treat severe allergic reactions.</i>

Nom de Famille		Prénom		Date de naissance		
				Année	Mois	Jour
N° de carte Santé		École	Année d'études	Classe ou nom de l'enseignant		
Nom du parent ou du tuteur		Lien avec l'élève	Tél. – maison	Tél. - travail ou cellulaire		
Si l'élève a déjà reçu les vaccins suivants, encerclez leur nom commercial et indiquez leurs dates d'administration :				1 <sup>re</sup> dose (date d'administration)	2 <sup>e</sup> dose (date d'administration)	3 <sup>e</sup> dose (date d'administration)
<b>Vaccin contre l'hépatite B (ou vaccin conjugué contre l'hépatite A et B (série de 2, 3 ou 4 doses))</b> <input type="checkbox"/> Engerix® -B <input type="checkbox"/> Recombivax-HB® <input type="checkbox"/> INFANRIX-hexa® <input type="checkbox"/> Twinrix® JR <input type="checkbox"/> Twinrix®				aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj
<b>Vaccin contre les méningocoques (acheté à des fins particulières, p. ex. un voyage)</b> <input type="checkbox"/> Menactra® <input type="checkbox"/> Menveo™ <input type="checkbox"/> Nimenrix®				aaaa/mm/jj		
<b>Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) (série de 2 ou 3 doses)</b> <input type="checkbox"/> Gardasil® 4 <input type="checkbox"/> Gardasil® 9 <input type="checkbox"/> Cervarix®				aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj
<b>Donnez-nous des précisions sur la santé de l'élève.</b>			<b>Indiquez « Oui » ou « Non »</b>		<b>Si « oui », expliquez.</b>	
L'élève a-t-il une allergie à la levure, à l'alun, au sucrose, au latex, à l'anatoxine diphtérique, à l'anatoxine tétanique ou à autre chose?			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
L'élève a-t-il déjà réagi à un vaccin ou a-t-il des antécédents d'évanouissement?			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Est-il possible que l'élève soit enceinte?			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
L'élève a-t-il un problème de santé grave?			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Le système immunitaire de l'élève est-il affaibli ou l'élève prend-il un médicament qui augmente le risque d'infection?			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
<p><b>Consentement à la vaccination :</b> J'ai lu (au verso du présent formulaire), ou on m'a expliqué, les renseignements sur le vaccin contre l'hépatite B, le vaccin contre les méningocoques et le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH). Je comprends les avantages, les effets secondaires et les risques associés à ces vaccins. Cochez OUI ou NON pour <u>chacun</u> des vaccins. À moins d'avis contraire par écrit, ce consentement est valable jusqu'à ce que toutes les doses aient été administrées.</p> <p><b>OUI J'AUTORISE LE BUREAU DE SANTÉ DU DISTRICT DE SIMCOE MUSKOKA À ADMINISTRER LES VACCINS SUIVANTS :</b>          Cochez <input checked="" type="checkbox"/> ci-dessous chacun des vaccins que vous autorisez l'élève à recevoir :</p> <input type="checkbox"/> Vaccin contre l'hépatite B (2 doses) <input type="checkbox"/> Vaccins contre les méningocoques (1 dose) <input type="checkbox"/> Vaccin contre le virus du papillome humain (2 doses)						
<p><b>NON JE N'AUTORISE PAS LE BUREAU DE SANTÉ DU DISTRICT DE SIMCOE MUSKOKA À ADMINISTRER LES VACCINS SUIVANTS :</b>          Cochez <input checked="" type="checkbox"/> ci-dessous les vaccins que vous N'AUTORISEZ PAS l'élève à recevoir :</p> <input type="checkbox"/> Vaccin contre l'hépatite B <input type="checkbox"/> Vaccin contre les méningocoques *requis aux termes de la Loi <input type="checkbox"/> Vaccin contre le virus du papillome humain						
<p>*Veuillez noter qu'aux termes de la Loi sur l'immunisation des élèves, le vaccin contre les méningocoques est <b>obligatoire</b> pour pouvoir fréquenter l'école. Si vous NE VOULEZ PAS que l'élève reçoive ce vaccin, communiquez avec le bureau de santé.</p>						
<p><b>Signature du parent ou du tuteur légal et de l'élève</b></p> <p>La Loi sur le consentement aux soins de santé stipule que toute personne, quel que soit son âge, peut consentir à un traitement médical, pourvu qu'elle comprenne les avantages et les risques de subir le traitement ainsi que les avantages et les risques de ne pas subir le traitement. En Ontario, il n'y a pas d'âge minimum pour accorder un consentement éclairé. Dans le cadre de la séance de vaccination en milieu scolaire, une infirmière évaluera les élèves selon les principes de la <i>Loi sur le consentement aux soins de santé</i> pour s'assurer qu'elle peut obtenir un consentement éclairé. On encourage les parents et les tuteurs légaux à discuter avec leurs enfants, avant la séance, des avantages et des risques de la vaccination. Pour en savoir plus long sur la Loi sur le consentement aux soins de santé, allez au <a href="https://www.ontario.ca/fr/lois">https://www.ontario.ca/fr/lois</a>.</p>						
			<b>PUBLIC HEALTH USE ONLY</b>			
_____ Date aaaa/mm/jj Signature du parent ou du tuteur légal			Student Initial R1 _____ Date yyyy/mm/dd Student Initial R2 _____ Date yyyy/mm/dd			
_____ Date aaaa/mm/jj Signature de l'élève						
<b>PUBLIC HEALTH USE ONLY – Telephone Parental Awareness</b>						
Obtained from:		FOR:		Phone number called:		Date:
		Hep B <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				yyyy/mm/dd
Relationship to student:		HPV <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		Nurse Signature:		Time:
		Men ACYW-135 <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				

# CONSENT FOR SCHOOL IMMUNIZATIONS

Last Name		First Name		Date of Birth	
				Year	Month
				Day	
Ontario Health Card #		School	Grade	Class or Teacher's Name	
Name of Parent / Guardian		Relationship to Student	Home Phone	Work or Cell Phone	
If student has already received the following vaccine(s), please select the trade name below and provide date(s) the vaccine was given.			Dose 1 (date vaccine given)	Dose 2 (date vaccine given)	Dose 3 (date vaccine given)
<b>Hepatitis B (or Combination Hepatitis A) Vaccine (2, 3 or 4 dose series)</b> <input type="checkbox"/> Engerix® -B <input type="checkbox"/> Recombivax-HB® <input type="checkbox"/> INFANRIX-hexa® <input type="checkbox"/> Twinrix® JR <input type="checkbox"/> Twinrix®			yyyy/mm/dd	yyyy/mm/dd	yyyy/mm/dd
<b>Meningococcal – ACYW vaccine (special purchase e.g. for travel)</b> <input type="checkbox"/> Menactra® <input type="checkbox"/> Menveo™ <input type="checkbox"/> Nimenrix®			yyyy/mm/dd		
<b>Human Papillomavirus (HPV) Vaccine (2 or 3 dose series)</b> <input type="checkbox"/> Gardasil® 4 <input type="checkbox"/> Gardasil® 9 <input type="checkbox"/> Cervarix®			yyyy/mm/dd	yyyy/mm/dd	yyyy/mm/dd
<b>Tell us about the student's health</b>		Please indicate Yes or No		If "yes", please explain	
Is the student allergic to yeast, aluminum, latex, diphtheria or tetanus toxoid protein? Any other allergies?		<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO			
Has the student ever had a reaction to a vaccine or have a history of fainting?		<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO			
Is there a chance the student may be pregnant?		<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO			
Does the student have a serious medical condition?		<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO			
Does the student have a weak immune system, or is the student on a medication that weakens the immune system or increases the risk of infection?		<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO			
<p><b>Consent for vaccination:</b> I have read (see back of this form) or had explained to me the information about Hepatitis B, Meningococcal and Human Papillomavirus (HPV) vaccines. I understand the benefits, side effects and risks. Please check YES or NO for <u>each</u> vaccine. Unless cancelled in writing, this consent is valid until the series is completed.</p> <p><b>YES I DO CONSENT FOR THE SIMCOE MUSKOKA DISTRICT HEALTH UNIT TO ADMINISTER THE FOLLOWING VACCINES:</b> <i>Indicate below <input checked="" type="checkbox"/> each vaccine(s) you want the student to receive:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B vaccine (2 doses)   <input type="checkbox"/> Meningococcal vaccine (1 dose)   <input type="checkbox"/> Human Papillomavirus vaccine (2 doses)</p> <p><b>NO I DO NOT CONSENT FOR THE SIMCOE MUSKOKA DISTRICT HEALTH UNIT TO ADMINISTER THE FOLLOWING VACCINES:</b> <i>Indicate below <input checked="" type="checkbox"/> any vaccine(s) you do NOT WANT the student to receive:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B vaccine   <input type="checkbox"/> Meningococcal vaccine *required under ISPA   <input type="checkbox"/> Human Papillomavirus vaccine</p> <p><b>*Please note</b> that the Meningococcal vaccine is <b>required</b> for school attendance under the Immunization of School Pupils Act (ISPA). Please contact Public Health if you do NOT want this vaccine administered.</p>					
<b>Parent/Legal Guardian and Student Signatures</b>					
<p>The Health Care Consent Act states that all persons, regardless of age, may consent to medical treatment, provided they understand the benefits and risks of the treatment as well as the benefits and risks of not having the treatment. There is no minimum age in Ontario for informed consent. Students will be assessed by a nurse at the school clinic, based on the principles of the Health Care Consent Act, to ensure that informed consent can be obtained. Parents/Legal guardians are encouraged to talk with their children about the benefits/risks of immunization prior to the clinic. You can find more about the Health Care Consent Act at <a href="http://www.e-laws.gov.on.ca/">http://www.e-laws.gov.on.ca/</a></p>					
_____ Date yyyy/mm/dd Parent/Legal Guardian Signature			<b>PUBLIC HEALTH USE ONLY</b>  Student Initial R1 _____ Date yyyy/mm/dd Student Initial R2 _____ Date yyyy/mm/dd		
_____ Date yyyy/mm/dd Student Signature					
<b>PUBLIC HEALTH USE ONLY – Telephone Parental Awareness</b>					
Obtained from:	FOR:			Phone number called:	Date:
	Hep B	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO		yyyy/mm/dd
Relationship to student:	HPV	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	Nurse Signature:	Time:
	Men ACYW-135	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO		