

## PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE (PSE)

Centre de santé Hélicoptère



Avenue de l'Héliport 19 - 1000 Bruxelles  
Tél. 02/274.56.30 - Fax 02/274.56.38  
[sec.medscol@brunette.brucity.be](mailto:sec.medscol@brunette.brucity.be)



# Autorisation de vaccination contre l'hépatite B et le Papillomavirus humain (HPV)

## 1. Vaccination Hépatite B pour les filles et les garçons.

La plupart des élèves ont reçu la vaccination contre l'hépatite B dans la petite enfance. Cette vaccination est vivement recommandée.

Si votre enfant n'a reçu aucune dose de ce vaccin, une vaccination par 2 doses de vaccin adulte hépatite B le protégera complètement. Ce nouveau schéma est proposé à partir de cette année scolaire. Il consiste en l'injection de 2 doses à six mois d'intervalle.

Si la vaccination est déjà entamée mais est incomplète, elle peut être mise en ordre au cours de cette année scolaire (par une ou 2 doses de vaccin adulte suivant la nécessité).

## 2. Vaccination contre le Papillomavirus humain (HPV) uniquement pour les jeunes filles.

À partir de cette année scolaire, la vaccination HPV peut être offerte aux jeunes filles fréquentant le niveau scolaire de 2<sup>ème</sup> secondaire, 1<sup>ère</sup> S (supplémentaire), et 1<sup>ère</sup> D (différenciée) ou âgées de 13-14 ans en enseignement spécialisé. La vaccination complète comprend 3 doses. (Schéma : 0,1 et 6 mois).

Ces vaccinations peuvent être faites soit par le médecin traitant, soit par le médecin scolaire. **Les vaccins sont gratuits** et les vaccinateurs peuvent l'obtenir auprès des services de la Communauté française.

Veuillez remplir ce document, y apposer une vignette de mutuelle au nom de votre enfant et joindre une copie de la carte de vaccination ou des pages du carnet de l'enfant mentionnant les dates de vaccination.

Nom, prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

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

École : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

*Apposer ici une vignette de mutuelle  
au nom de l'enfant*

**Cochez ci-dessous le ou les choix que vous faites pour votre enfant. Ne pas oublier de dater et signer.**

- Je demande au médecin scolaire de vacciner mon enfant contre l'Hépatite B.
- Je demande au médecin scolaire de vacciner ma fille contre le HPV.
- Je demanderai à mon médecin traitant de compléter les vaccinations de mon enfant.
- Actuellement, je ne souhaite pas faire vacciner mon enfant.

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

Nom d'un des parents ou du tuteur de l'enfant : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

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