

Consentement à vacciner un mineur contre la COVID-19

(Consent to Vaccinate Minor for COVID-19)

Nom, prénom et prénom du mineur

La date de naissance du mineur

Adresse postale

Ville

Code postal

Nom du parent/tuteur légal

Numéro de téléphone du parent/tuteur légal

Nom de l'école

En tant que parent ou tuteur légal de l'enfant mineur susmentionné âgé de 16 ou 17 ans, je consens par la présente à ce que le **ministère de la santé du Comté de Salt Lake** administre le vaccin COVID à 2 doses de Pfizer à mon enfant pendant qu'il est sous la garde de l'école mentionnée ci-dessus.

- ✓ Je certifie que les informations ci-haut sont exactes.
- ✓ Je comprends que les élèves doivent avoir une observation de 15 minutes après l'administration du vaccin.
 - Je comprends que les infirmières du département de santé détermineront si un étudiant a besoin d'une observation de 30 minutes en se basant sur ses antécédents de réaction vaccinale et/ou d'allergie. Les infirmières administreront du Benadryl et/ou de l'Epipen, au besoin, conformément à l'ordonnance permanente du SLCoHD.
- ✓ Je comprends que je serai contacté pour aller chercher mon élève s'il ressent une réaction allergique.

Signature du parent/tuteur

Date