

Établissements scolaires de Pickerington  
**Vaccins obligatoires pour les élèves entrant en  
grade 12**

Conformément aux indications du Département de la Santé de l'Ohio, tous les élèves entrant en grade 12 doivent fournir une preuve que les deux doses de vaccin contre le **méningocoque (MCV4)** ont été administrées avant de pouvoir assister aux cours à l'automne. Une dose doit être administrée après le 16<sup>e</sup> anniversaire de l'élève. Si la première dose de MCV4 a été administrée aux 16 ans de l'élève ou après, une dose de rappel n'est pas exigée.

Si une preuve de vaccination n'a pas été fournie pendant l'année où l'élève était en grade 11, celle-ci devra être fournie pendant les Journées d'intégration avant que votre enfant reçoive son emploi du temps.

Vous pouvez apporter ce formulaire avec vous chez le médecin pour faire établir le certificat de vaccination ou présenter un carnet de vaccination mentionnant les dates des deux vaccins. Veuillez retourner ce document aussi vite que possible à l'infirmerie scolaire de votre enfant. Veuillez contacter l'infirmerie scolaire de votre établissement ou votre coordinateur de services de santé si vous avez des questions :

- **Central High School** : Infirmière scolaire Rhonda Carmel par téléphone au 614-548-1800, par fax au 614 408-2502 ou par courriel à l'adresse [rhonda\\_carmel@plsd.us](mailto:rhonda_carmel@plsd.us)
- **North High School** : Infirmière scolaire Marni Dreher par téléphone au 614-830-2700, par fax au 614-408-2524 ou par courriel à l'adresse [marnia\\_dreher@plsd.us](mailto:marnia_dreher@plsd.us)
- **Pickerington Alternative School** : Coordinatrice de services de santé Marcia Stewart par téléphone au 614-835-2017, par fax au 614-408-2515 ou par courriel à l'adresse [marcia\\_stewart@plsd.us](mailto:marcia_stewart@plsd.us)
- Coordinatrice de services de santé Marcia Stewart par téléphone au 614-835-2017, par fax au 614-408-2515 ou par courriel à [marcia\\_stewart@plsd.us](mailto:marcia_stewart@plsd.us)

---

## Certificat de vaccination fourni par le médecin

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Première dose de MCV4 : \_\_\_\_\_ Dose de rappel de MCV4 : \_\_\_\_\_

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom ou tampon du médecin : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_