



uOttawa

Student Placement Risk Management

### Vaccin contre la grippe saisonnière

<b>Programme</b>				
<b>Médecine</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Études de 1 <sup>er</sup> cycle <input type="checkbox"/> Études postdoctorales <input type="checkbox"/> Études postdoctorales, stage au choix <input type="checkbox"/> Étudiant visiteur en médecine <input type="checkbox"/> Étudiant canadien à l'étranger	<b>Sciences infirmières</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Programme général (sélectionner le campus) : <input type="checkbox"/> Ottawa <input type="checkbox"/> Woodroffe <input type="checkbox"/> Pembroke <input type="checkbox"/> Passerelle <input type="checkbox"/> Préalables universitaires <input type="checkbox"/> Programme d'études supérieures (M.Sc.Inf.) <input type="checkbox"/> Diplôme en SSPIIP	<b>Réadaptation</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Audiologie <input type="checkbox"/> Ergothérapie <input type="checkbox"/> Physiothérapie <input type="checkbox"/> Orthophonie	<b>Éducation</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Études de 1 <sup>er</sup> cycle <input type="checkbox"/> Maîtrise en éducation en psychologie du conseil	<b>Sciences Sociales</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Psychologie clinique <input type="checkbox"/> Service social
		<b>Nutrition</b> <input type="checkbox"/>	<b>Sciences</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Technologie médicale en ophtalmologie	<b>Activité physique</b> <input type="checkbox"/>
<b>Nom de famille :</b> _____		<b>Prénom :</b> _____		
<b>Numéro d'étudiant :</b> _____		<b>Année d'admission :</b> _____		
<b>Courriel :</b> _____		<b>Téléphone :</b> _____		
<b>Date de naissance (aa/mm/jj) :</b> ____/____/____		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non-Binaire		
<b>Vaccin contre la grippe saisonnière</b>				
<b>Date de l'injection (aa/mm/jj) :</b> ____/____/____				
<b>Signature du professionnel de la santé</b>				
<b>Nom :</b> _____ <b>Signature :</b> _____ <b>Titre :</b> _____ <b>Date (aa/mm/jj) :</b> ____/____/____		<b>Étampe :</b>		

**Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli par courriel à votre conseillère de la gestion du risque de l'université d'Ottawa.**