



uOttawa

Gestion du risque, stage clinique

## Vaccin contre la grippe saisonnière

| Programme   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Médecine</b> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Études de 1 <sup>er</sup> cycle<br><input type="checkbox"/> Études de 1 <sup>er</sup> cycle, stage au choix<br>(sélectionner le volet) :<br><input type="checkbox"/> Étudiant visiteur en médecine<br><input type="checkbox"/> Étudiant canadien à l'étranger<br><input type="checkbox"/> Étudiant international | <b>Médecine</b> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Études postdoctorales<br><input type="checkbox"/> Études postdoctorales, stage au choix | <b>Pharmacie</b> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Études de 1 <sup>er</sup> cycle |
| <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 (aaaa/mm/jj) :</b> ____ / ____ / ____  |  |   |
| <b>Vaccin contre la grippe saisonnière</b>  |  |   |
| Date de l'injection (aaaa/mm/jj) : ____ / ____ / ____   |  |   |
| <b>Signature du professionnel de la santé</b>   |  |   |
| Nom : _____<br>Signature : _____<br>Titre : _____<br>Date (aaaa/mm/jj) : ____ / ____ / ____   | Étampe :   |   |

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