

VACCIN CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE

Nom de famille :		Prénom :	
Date de naissance (aaaa/mm/jj) :		Téléphone :	
Courriel :		Année d'admission :	Numéro étudiant :

Programme	Sciences infirmières	Sciences de la réadaptation	Sciences des aliments et de la nutrition	Sciences de l'activité physique
	<input type="checkbox"/> Programme général (sélectionner un 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"/> Études supérieures (M.Sc.Inf.) <input type="checkbox"/> Diplôme en SSPIIP	<input type="checkbox"/> Audiologie <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Ergothérapie <input type="checkbox"/> Physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vaccin contre la grippe saisonnière	Date de l'injection (aaaa/mm/jj) :
-------------------------------------	------------------------------------

Signature de la professionnelle/du professionnel de la santé témoin		
Nom :	Initiales :	Sceau de la clinique médicale :
Adresse :		
Tél. :	Profession :	
Signature :	Date :	

Veuillez transmettre ce formulaire par courriel à votre conseillère ou conseiller en gestion des exigences de stage et de l'apprentissage expérientiel à la Faculté des sciences de la santé.