

Demande d'annulation d'une déclaration d'exemption médicale ou d'une déclaration de conscience ou de croyance religieuse Affidavit

Directives :

1. Veuillez inscrire les renseignements démographiques dans la **SECTION A**.
2. Cochez le genre d'exemption et la maladie pour laquelle la personne ne sera plus exemptée dans la **SECTION B**.
3. Signez ou demandez à un médecin de signer la **SECTION C**.
 - a) Pour annuler un Déclaration d'exemption médicale, le formulaire doit être signé par un médecin.
 - b) Pour annuler un Déclaration de conscience ou de croyance religieuse Affidavit, le formulaire doit être signé par la personne qui a préalablement signé et présenté le formulaire au médecin hygiéniste du Bureau de santé Porcupine, sauf si le parent ayant la garde a changé.
4. Retournez la lettre remplie au Bureau de santé Porcupine.

| SECTION A | |
|---|--|
| Nom de famille: | Prénom: |
| Date de naissance: | Sexe: |
| Adresse à domicile: | Ville: |
| Code postal: | N ^o de tél. à domicile: |
| Nom de médecin: | Nom de l'école: |
| Numéro de la carte Santé: | |
| SECTION B | |
| <input type="checkbox"/> Diphtérie and Tétanos <input type="checkbox"/> Poliomyélite <input type="checkbox"/> Rougeole, oreillons et rubéole <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Méningococcie <input type="checkbox"/> Men C <input type="checkbox"/> Men C ACYW 135 <input type="checkbox"/> Varicelle |
| SECTION C | |
| Formulaire rempli par: | Lien de parenté avec la personne : (parent, tuteur légal, médecin, etc.) |
| Date à laquelle le formulaire a été rempli : | Signature: |