

À l'attention du parent ou du tuteur légal

Madame ou Monsieur,

Vous trouverez ci-joint le formulaire d'objection pour raisons de conscience ou de croyances religieuses pour l'inscription à la garderie. Vous remarquerez que le formulaire contient des espaces aux fins d'assermentation du document par le commissaire aux affidavits de l'Ontario. Le processus est différent pour l'inscription à l'école, veuillez nous contacter à ce moment-là.

Les personnes suivantes sont admissibles pour servir de commissaire aux affidavits :

- Député provincial
- Juge provincial / Juge de la paix
- Greffier, greffier adjoint ou trésorier de votre municipalité locale
- Chef du conseil municipal de votre municipalité locale
- Membre du conseil de ville ou préfet de votre municipalité locale
- Notaire / Avocat autorisé à pratiquer le droit en Ontario
- Toute personne habilitée par le lieutenant-gouverneur en conseil à servir de commissaire (une estampe est requise pour ces personnes)

Le commissaire aux affidavits doit être identifié par son nom en lettres moulées (les avocats impriment leur numéro de membre du barreau), adresse complète, numéro de téléphone, titre et sceau, le cas échéant.

En vertu de la loi, le Bureau de santé de l'est de l'Ontario ne peut pas accepter une version numérisée, télécopiée ou photocopiee de l'affidavit. Si vous désirez conserver un original dans vos dossiers, veuillez demander au commissaire de remplir deux formulaires.

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____ / _____ / _____
(aaaa/mm/jj)

No de téléphone – maison : _____ Travail ou cellulaire : _____

Je demande que l'enfant mentionné ci-dessus soit exempté de **toutes** les immunisations exigées par la Loi sur la garde d'enfants et la petite enfance; **ou**

Je demande que l'enfant mentionné ci-dessus soit exempté des immunisations exigées en vertu de la Loi sur la garde d'enfants et la petite enfance, (**cochez toutes les maladies qui s'appliquent**):

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diphtérie | <input type="checkbox"/> Rougeole |
| <input type="checkbox"/> Tétanos | <input type="checkbox"/> Oreillons |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Rubéole |
| <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Varicelle |
| <input type="checkbox"/> Conjugué contre le pneumocoque | <input type="checkbox"/> Rotavirus |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus influenza de type b (Hib) | |
| <input type="checkbox"/> Méningite (méningite C) | |

Veuillez retourner cette lettre accompagnée de l'affidavit original à votre bureau local du Bureau de santé de l'est de l'Ontario ou par la poste à :

Bureau de santé de l'est de l'Ontario
Programme d'immunisation
200-2229, rue Laurier
Rockland ON K4K 0B7

Veuillez recevoir mes salutations distinguées.

Le Médecin hygiéniste,

D^r Paul Roumeliotis, MD, CM, FRCP(C)

Pièces jointes



CORNWALL • ALEXANDRIA • CASSELMAN • HAWKESBURY • ROCKLAND • WINCHESTER