

# Demande de carnet de vaccination

Veuillez écrire distinctement.

## Informations du demandeur

(informations de la personne pour laquelle vous demandez le dossier)

Prénom				Deuxième prénom		
Nom						
Sexe assigné à la naissance	Homme	Femme	Né(e) à NYC ?	Oui	Non	
/ /						
Date de naissance (mois/jour/année)			Numéro Medicaid (le cas échéant)			
- -		- -				
Numéro de téléphone						Fax (si vous demandez le dossier par fax)
Adresse					Appartement	
Ville			État			Code postal
Nom de l'hôpital dans lequel le demandeur est né						
Nom du prestataire de soins de santé						
Numéro de téléphone du prestataire de soins de santé						

## Informations relatives à la mère du demandeur

Prénom de la mère			Nom de jeune fille de la mère
/ /		(nom de famille avant d'être mariée)	
Date de naissance de la mère (mois/jour/année)			

## Informations relatives aux parents

(si le demandeur est mineur, sélectionnez la relation qui vous lie à l'enfant)

Mère	Père	Tuteur	Autre (veuillez spécifier)
Prénom		Nom	

Adresse e-mail Langue principale (si différente de l'anglais)

Je certifie que je suis le parent, le tuteur ou toute autre personne ayant la garde de l'enfant dont les informations figurent ci-dessus pour la recherche du dossier de vaccination, et, à ce titre, je suis autorisé à consulter ces informations ; ou je suis l'individu à qui le dossier se rapporte. Je comprends qu'une déclaration fautive, incorrecte ou trompeuse au Département de la Santé et de l'Hygiène Mentale de NYC constitue une violation du paragraphe §3.19 du Code de la Santé de New York. Je comprends également qu'une telle violation est passible de sanctions civiles à hauteur de \$2,000 d'amende, conformément à l'article §3.11 du Code de la Santé de New York.

**Signature du demandeur ou du parent** (si le demandeur est mineur) **Date**

Pour plus d'informations ou pour solliciter une copie de ce formulaire, appelez le 311, consultez le site [nyc.gov/health/cir](http://nyc.gov/health/cir) ou envoyez un e-mail à [cir@health.nyc.gov](mailto:cir@health.nyc.gov).

### Instructions pour demander un dossier par courrier ou par fax :


1. Remplissez le formulaire.
2. Joignez une copie de pièce d'identité valide avec photo, comme une carte IDNYC, un permis de conduire ou un passeport.
3. Envoyez le formulaire rempli et la copie de votre pièce d'identité par courrier à l'adresse :

NYC DOHMH  
Citywide Immunization Registry  
42-09 28<sup>th</sup> Street, 5<sup>th</sup> Fl., CN 21  
LIC, NY 11101-4132

Ou par fax au 347-396-8840.

Merci de ne pas renvoyer ce formulaire par e-mail.

Vous recevrez une réponse dans les dix jours ouvrables si vous avez envoyé la demande par courrier, ou dans les deux jours ouvrables si vous avez envoyé la demande par fax.

We help you call   
the shots!

### For Official Use Only

Form Received on \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Status of Request:  
 Record Sent on \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Record Not Found  
 Record Found, No Vaccines  
 Form Incomplete  
 Staff Initials: \_\_\_\_\_