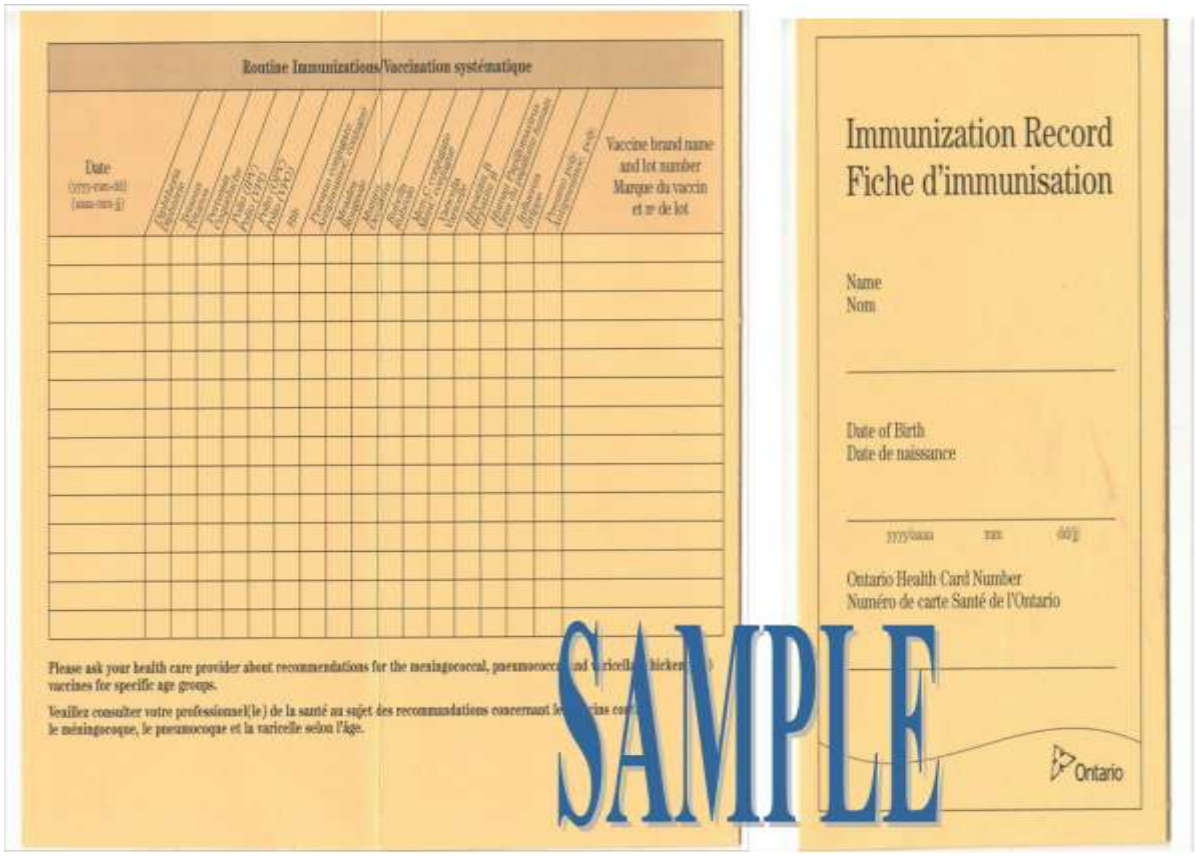

Routine Immunizations/Vaccination systématique

Date (yyyy-mm-dd) (aaaa-mm-jj)	Hepatitis B / Hépatite B	Diphtheria / Diphtérie	Tetanus / Tétanos	Pertussis / Coqueluche	Polio / IPV / Polio / VPI	Polio / OPV / Polio / VPO	HIB	Pneumococcal / Pneumocoque	Meningococcal / Méningocoque	Measles / Rougeole	Mumps / Oreillons	Rubella / Rubéole	MMR / ROR	Varicella / Varicelle	Hepatitis B / Hépatite B	Influenza / Grippe	Pneumococcal / Pneumocoque	Influenza / Grippe	Meningococcal / Méningocoque	Tetanus booster / Rappel antitétanique	Vaccine brand name and lot number Marque du vaccin et nº de lot

Please ask your health care provider about recommendations for the meningococcal, pneumococcal and varicella (chicken pox) vaccines for specific age groups.

Veuillez consulter votre professionnel(le) de la santé au sujet des recommandations concernant les vaccins contre le méningocoque, le pneumocoque et la varicelle selon l'âge.

SAMPLE

Immunization Record
Fiche d'immunisation

Name
Nom

Date of Birth
Date de naissance

yyyy/aaaa mm dd/jj

Ontario Health Card Number
Numéro de carte Santé de l'Ontario

Ontario