



# DÉCLARATION POUR EXEMPTION MÉDICALE

## Vaccination obligatoire — Scouts Canada

### SECTION 1 : Renseignements sur la personne qui demande l'exemption

Nom :		Prénom :	
N° Scout (ID) :		App./Unité :	
Numéro de rue :	Nom de rue :		Boîte postale :
Ville :		Province :	Code postal :

Scouts Canada exige que toutes les personnes qui participent à des activités scouts et des événements scouts ou qui accèdent à des propriétés scouts (en propriété ou en location) soient vaccinées contre la COVID-19, à moins qu'elles ne bénéficient d'une exemption valide. Un formulaire d'exception doit être rempli pour chaque personne demandant l'exception.

- Je comprends qu'en cas d'épidémie, mon unité de santé publique ou Scouts Canada peut imposer des restrictions ou des exigences supplémentaires à moi ou mon enfant pour des raisons de santé et de sécurité, qui peuvent ne pas s'appliquer aux autres personnes participant à des activités scouts ou des événements scouts ou qui accèdent à des propriétés scouts (en propriété ou en location) qui ont été entièrement vaccinées.
- Je comprends que Scouts Canada peut exiger de moi ou mon enfant de suivre des protocoles de santé et de sécurité supplémentaires, y compris, mais sans s'y limiter :
  - un test COVID obligatoire et la divulgation des résultats du test
  - le port du masque et/ou distanciation physique ; et/ou
  - le travail/apprentissage à distance.
- Je demande à ce que mon enfant soit exempté des exigences de vaccination de Scouts Canada.

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur/parent/tuteur légal

\_\_\_\_\_  
Date

### Risques liés au fait de ne pas être vacciné :

Vous êtes plus susceptible d'être exposé au virus de la COVID-19 que d'autres personnes si vous vivez en groupe ou si vous participez à des activités de groupe dans des espaces fermés/avec plus de gens où le virus de la COVID-19 peut se transmettre plus facilement.

Le COVID-19 peut entraîner une maladie grave. Les personnes qui courent un plus grand risque de développer une maladie ou des résultats plus graves à cause de la COVID-19 sont les suivantes :

- les personnes âgées (le risque augmente avec chaque décennie, surtout après 60 ans)
- les personnes de tout âge souffrant d'une maladie chronique, notamment une maladie pulmonaire, une maladie cardiaque, une hypertension artérielle, un diabète, une maladie rénale, une maladie hépatique, une démence ou un accident vasculaire cérébral
- les personnes de tout âge qui sont immunodéprimées, y compris celles qui souffrent d'une maladie sous-jacente, comme un cancer ou qui prennent des médicaments qui affaiblissent le système immunitaire, comme la chimiothérapie
- les personnes qui vivent avec l'obésité, par exemple avec un indice de masse corporelle (IMC) de 40 ou plus

La vaccination est l'un des moyens les plus efficaces de protéger nos familles, nos communautés et nous-mêmes contre la COVID-19. Il est prouvé que les vaccins sont efficaces pour prévenir les conséquences graves, telles que les maladies graves, l'hospitalisation et le décès dus au COVID-19. Un nombre croissant de preuves indique que les personnes entièrement vaccinées avec un vaccin à ARNm (Pfizer-BioNTech et Moderna) sont moins susceptibles d'avoir une infection asymptomatique ou de transmettre le COVID-19 à d'autres personnes.

[Source: canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/prevention-risques.html#vaccination](https://canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/prevention-risques.html#vaccination)

***Veillez remettre ce formulaire à votre médecin ou à votre infirmière praticienne pour qu'il le remplisse.***

## **SECTION 2 : Déclaration du médecin ou de l'infirmière autorisée de la catégorie élargie (infirmière praticienne)**

Le gouvernement du Canada et les médecins de tout le pays ont donné leur avis : En général, il existe très peu d'exemptions médicales acceptables à la vaccination pour la COVID-19 (par exemple, une allergie grave ou une réaction anaphylactique confirmée par un allergologue ou un immunologiste à une dose antérieure d'un vaccin COVID-19 ou à l'un de ses composants, qui ne peut être atténuée ; un épisode diagnostiqué de myocardite/péricardite après la réception d'un vaccin à ARNm).

Étant donné la rareté de ces exceptions, et compte tenu du fait que les vaccins se sont avérés à la fois sûrs et efficaces, les notes rédigées pour les patients qui ont droit à une exemption médicale doivent le préciser clairement :

- la raison pour laquelle ils ne peuvent pas être vaccinés contre la COVID-19 (c'est-à-dire documenter des informations médicales claires qui justifient l'exemption) ; et
- la durée effective de la raison médicale (c'est-à-dire permanente ou limitée dans le temps).

Je, \_\_\_\_\_ (nom du médecin ou de l'infirmier(ère) autorisé(e) de la catégorie élargie) certifie qu'en raison d'un état de santé, la personne nommée devrait être exemptée des exigences de la politique de Scouts Canada qui exige que les personnes participant à des activités, des événements ou des propriétés scoutées (en propriété ou en location) soient vaccinées contre le COVID-19 avec un vaccin approuvé par Santé Canada ou l'OMS.

Si la condition médicale est temporaire, veuillez indiquer la durée prévue de la condition médicale :

de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**Veillez indiquer ici la ou les raisons de la demande d'accommodation.** Veuillez décrire la nature de la condition qui empêche la vaccination. Veuillez indiquer si cette condition est censée être permanente ou non. Il n'est pas nécessaire de fournir un diagnostic :

---

**Veillez expliquer en quoi cette demande d'accommodation est conforme aux orientations de la Santé publique :**

---

## **SECTION 3 : Signature du médecin ou de l'infirmier(ère) autorisé(e) de la catégorie élargie (infirmier(ère) praticien(ne))**

<b>Nom du médecin ou de l'infirmier(ère) autorisé(e) de la catégorie élargie :</b>	<b>N° d'enregistrement/de licence :</b>
--	---

### **Adresse professionnelle**

Numéro d'unité :	Numéro de rue :	Nom de la rue :	Boîte postale :
Ville :		Province/État/Pays :	Code postal :

**Signature du médecin ou de l'infirmier(ère) autorisé(e) de la catégorie élargie :**

**Date :**

***Le médecin ou l'infirmier(ère) autorisé(e) en formation continue doit soumettre le formulaire dûment rempli.***