

Demande de dossier de vaccination

Veuillez écrire clairement en anglais.

Informations sur le demandeur (Informations sur la personne dont le dossier est demandé).

Prénom	Deuxième prénom	
Nom de famille	Nom de jeune fille (nom de famille avant le premier mariage, le cas échéant)	
Sexe de naissance ☐ Homme ☐ Femme	Né à New York ? ☐ Oui ☐ Non	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Numéro Medicaid (si applicable)	
Numéro de téléphone	Adresse électronique	
Adresse	Numéro d'appartement	
Ville	État	Code postal

Nom de l'hôpital où le demandeur est né

Nom du prestataire de soins actuel

Numéro de téléphone du prestataire de soins actuel

Informations sur la mère du demandeur

Prénom de la mère	Nom de famille de la mère
Nom de jeune fille de la mère	Date de naissance de la mère (JJ/MM/AAAA)

Informations sur le parent ou le tuteur (si la personne qui demande le dossier n'est pas le demandeur).

Lien avec le demandeur ☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur ☐ Autre (décrire) : _____

Prénom	Nom de famille	Adresse électronique
--------	----------------	----------------------

Je certifie que je suis le demandeur, ou le parent, le tuteur ou toute autre personne ayant la garde du demandeur, et qu'à ce titre, je suis autorisé à consulter les informations demandées. Je comprends que la communication d'informations fausses, erronées ou trompeuses au département de la santé et de l'hygiène mentale de la ville de New York constitue une violation du code de la santé de la ville de New York §3.19. Je comprends en outre que chaque infraction est passible de sanctions civiles pouvant aller jusqu'à 2 000 dollars, conformément au code de la santé de la ville de New York §3.11.

Signature du demandeur ou du parent ou tuteur qui demande le dossier	Date	Langue principale du demandeur ou du parent ou tuteur qui demande le dossier
--	------	--

Instructions pour demander un dossier par courrier :

1. Remplir le formulaire de demande.
2. Joignez une copie d'une pièce d'identité valide avec photo, telle qu'une carte IDNYC, un permis de conduire ou un passeport.
3. Envoyez la demande dûment remplie et la copie de la pièce d'identité à l'adresse suivante :
NYC Health Department
Citywide Immunization Registry
42-09 28th St.
Fifth Floor, CN-21
Long Island City, NY 11101-4132

Vous recevrez une réponse dans les 10 jours ouvrables. Ne pas envoyer cette demande par courrier électronique.

Pour plus d'informations ou pour demander une copie imprimée de ce formulaire, appelez le **311**, visitez **nyc.gov/health** et recherchez **vaccine records** (dossiers de vaccination), ou envoyer un courriel à **cir@health.nyc.gov**.

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: _____

