

Connecticut Immunization Registry and Tracking System (CIRTS) (Registre d'immunisation et système de suivi de l'état du Connecticut)

Connecticut Department of Public Health Immunization Program (Programme d'immunisation du Service de santé publique de l'état du Connecticut)
410 Capitol Ave. MS 11 MUN Hartford, CT 06134-0308 Téléphone : 860-509-7929 Télécopieur : 860-509-8370 Site Web : www.ct.gov/dph/immunizations

Le service de santé publique vous félicite pour la naissance de votre enfant!

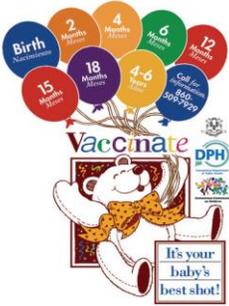
Le CIRTS est un système d'information informatisé confidentiel et gratuit qui assure le suivi des vaccins que reçoit votre enfant.

Le CIRTS est en mesure de :

- Vous fournir l'historique des vaccins reçus par votre enfant;
- S'assurer que votre docteur sera informé de tout vaccin que votre enfant pourrait ne pas avoir reçu;
- Vous fournir une copie de sauvegarde de l'historique des vaccins de votre enfant si ce dernier est détruit, si vous changez de clinique, ou si votre clinique ferme;
- Fournir à votre docteur les formulaires requis pour la garderie, l'école, le camp de jour ou le collège.

Pour de plus amples renseignements, veuillez demander à l'infirmière de vous remettre une [brochure](#).

**CETTE INFORMATION DEMEURERA
CONFIDENTIELLE**
Conformément au règlement s19a-7h-4 des CT General Statutes



Veuillez remplir TOUS les champs si vous vivez et / ou si le docteur de votre enfant pratique au Connecticut

Nom de votre enfant _____ Date de naissance ____/____/____ Genre : Garçon Fille
(prénom) (deuxième prénom) (nom de famille) mois jour année (veuillez encercler)

Nom de la mère _____ Date de naissance de la mère ____/____/____
(prénom) (nom de jeune fille) (nom de famille) mois jour année

Adresse _____ Ville _____ État _____ Code postal _____

No. de téléphone résidentiel (____) _____ No. de téléphone cellulaire (____) _____ No. de téléphone au travail (____) _____

Nom de la personne à contacter en cas d'urgence _____ No. de téléphone d'urgence (____) _____ Hôpital où L'ENFANT est né _____

Nom du docteur de L'ENFANT _____ Nom de la clinique / pratique de L'ENFANT _____ Ville de la clinique _____

*Votre enfant sera automatiquement inscrit si vous demeurez au Connecticut.

Si vous NE désirez PAS que votre enfant soit inscrit, **vous devez faire parvenir une demande par écrit et signée afin de retirer votre enfant du CIRTS.**
 Veuillez fournir le nom complet de votre enfant ainsi que sa date de naissance. En vous retirant, l'historique des vaccins reçus par votre enfant ne sera plus tenu dans le CIRTS.
Envoyez par la poste à : CIRTS, 410 Capitol Avenue MS 11 MUN, Hartford, CT 06134 ou Envoyez par télécopieur au : 860-509-8370