

AUTORISATION PARENTALE POUR LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV)
СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ НА ВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА (ВПЧ)

(Des informations sur la séance de vaccination et le vaccin figurent au verso de cette page)
(Информацию о сеансе вакцинации и вакцине можно найти на обратной стороне этой страницы)

Nom de l'enfant / **Фамилия ребенка** : _____

Prénom de l'enfant / **Имя ребенка** : _____

Date de naissance / **Дата рождения** : ____ / ____ / ____

Sexe / **Пол** : ☐ F / Ж ☐ G / М

Nom du collège / **Название колледжа** : _____

Commune du collège / **Муниципалитет, в котором расположен колледж** : _____

	Parent / Responsable légal 1 Родитель / Законный представитель 1	Parent / Responsable légal 2 Родитель / Законный представитель 2
Nom – Prénom / Фамилия – Имя		
Téléphone portable / Мобильный телефон		
Numéro de sécurité sociale¹ Номер социального страхования¹		
Régime de sécurité sociale Режим социального страхования	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre / Иной : _____	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre / Иной : _____
Ces informations figurent sur l'attestation de droits de l'enfant ou du/des parent(s) auquel(s) il est rattaché. Celle-ci est disponible sur le compte Ameli : https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits . Vous pouvez, si vous le souhaitez, joindre cette attestation au formulaire d'autorisation parentale afin de faciliter les démarches. Эта информация указана в свидетельстве о праве на социальное страхование ребенка или родителя (родителей), за которым закреплён ребенок. Его можно найти на сайте Ameli: https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits . При желании свидетельство можно приложить к форме согласия, чтобы упростить процесс.		

Je soussigné(e), / Я, нижеподписавший(-ая)ся, _____

☐ autorise le centre de vaccination à vacciner contre les HPV l'enfant ci-dessus désigné. / даю разрешение центру вакцинации провести вакцинацию вышеуказанного ребенка против ВПЧ.

La vaccination contre les HPV nécessite 2 doses espacées entre 5 et 13 mois, lorsqu'elle est réalisée entre 11 et 14 ans. **L'enfant devra impérativement être muni de son carnet de santé ou de vaccination le jour de la séance de vaccination.**

Вакцинация против ВПЧ требует 2 дозы с интервалом от 5 до 13 месяцев, если она проводится в возрасте от 11 до 14 лет. **В день вакцинации детям необходимо иметь при себе медицинскую карту или карту прививок.**

☐ n'autorise pas le centre de vaccination à vacciner contre les HPV l'enfant ci-dessus désigné. / не даю разрешение центру вакцинации провести вакцинацию вышеуказанного ребенка против ВПЧ.

Si l'enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les HPV (nom du vaccin : Gardasil9®), merci de préciser la ou les dates :

Если ребенок уже был привит против ВПЧ (название вакцины: Gardasil9®), пожалуйста, укажите дату (даты):

Date de la Dose 1 / **Дата дозы 1** ____ / ____ / ____

Date de la Dose 2 / **Дата дозы 2** ____ / ____ / ____

Date / **Дата** : ____ / ____ / 20__

En cas de signature électronique, le parent/responsable légal signataire, déclare sur l'honneur que l'autre parent/responsable légal a donné son autorisation. En cas de signature sur papier, les deux parents /responsables légaux doivent signer.

В случае электронной подписи родитель/законный представитель, ставящий свою подпись, заявляет, что другой родитель/законный представитель дал свое разрешение. При подписании документа в бумажной форме оба родителя/законных представителя должны поставить свои подписи.

Signature Parent/Responsable légal 1 :

Подпись родителя/законного представителя 1:

Signature Parent/Responsable légal 2 :

Подпись родителя/законного представителя 2:

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal² / Заполняется, если подписывается одним законным представителем² :

☐ Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné. / Я заявляю, что являюсь единственным законным представителем вышеуказанного ребенка.

☐ Je déclare sur l'honneur que le second responsable légal de l'enfant : Monsieur, Madame _____, est matériellement empêché de signer le présent formulaire mais a donné son autorisation pour la vaccination contre les HPV² / Я ответственно заявляю, что второй законный представитель ребенка: г-н, г-жа _____, физически не в состоянии поставить свою подпись под этой формой, но дал свое согласие на вакцинацию против ВПЧ.

Date / **Дата** : ____ / ____ / 20__

Signature du seul Parent/Responsable légal / Подпись одного родителя/законного представителя :

VOIR PAGE SUIVANTE
СМ. СЛЕДУЮЩУЮ СТРАНИЦУ

¹ Le cas échéant, indiquer le numéro Aide médicale de l'Etat (numéro de sécurité sociale temporaire).

В соответствующих случаях укажите номер Медицинской помощи государства (временный номер социального страхования).

² La vaccination des mineurs nécessite l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale. Ainsi, en cas de signature d'un seul parent pour cause d'impossibilité matérielle de signer pour l'autre parent, le signataire s'engage sur l'honneur à ce que la personne co-titulaire de l'autorité parentale ait donné son autorisation. Toute déclaration ou information qui s'avérerait inexacte ou falsifiée, engage sa seule responsabilité et pourra être punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende (article 441-7 du code pénal).

Вакцинация несовершеннолетних требует согласия обоих родителей. Поэтому, если форму подписывает только один родитель, поскольку другой физически не может поставить свою подпись, подписавший обязуется под свою ответственность убедиться, что лицо, обладающее совместными родительскими правами, дало свое согласие. Ответственность за любое заявление или информацию, которые окажутся неточными или ложными, лежит исключительно на подписавшем лице и может караться тюремным заключением сроком на один год и штрафом в размере 15 000 евро (статья 441-7 Уголовного кодекса Франции).

INFORMATIONS SUR LE VACCIN CONTRE LES INFECTIONS A HPV ИНФОРМАЦИЯ О ВАКЦИНЕ ПРОТИВ ИНФЕКЦИЙ ВПЧ

Вакцина против ВПЧ Gardasil 9®, которой будет привит Ваш ребенок, — это безопасная и эффективная вакцина. Вакцинация против ВПЧ-инфекций рекомендована ВОЗ. Защитив наших подростков сейчас, мы можем помочь им значительно снизить риск развития связанного с ВПЧ рака в более позднем возрасте. Действительно, исследования показали, что вакцинация против ВПЧ может снизить риск развития ВПЧ-инфекций на 90%, что также значительно снижает риск развития предраковых заболеваний и связанных с ними раковых опухолей. Как и в случае с любыми другими вакцинами, возможны некоторые побочные эффекты, большинство из которых являются легкими.

Более подробную информацию о вакцине вы можете найти на сайте Национального агентства по безопасности лекарственных средств и медицинских товаров: www.ansm.sante.fr или отсканировав QR-код ниже.



ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ

Перед процедурой вакцинации медицинская команда поговорит с вашим ребенком и проверит его медицинскую карту. Затем ему введут дозу вакцины против ВПЧ в конфиденциальном месте. После инъекции может произойти обморок, иногда он будет сопровождаться дрожью или скованностью, а также падением. Несмотря на то, что случаи обморока редки, ваш ребенок будет находиться под наблюдением медицинской команды в течение 15 минут после введения вакцины.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОБРАБОТКЕ ДАННЫХ И ГРАЖДАНСКИХ СВОБОДАХ

Данная кампания по вакцинации предполагает обработку персональных данных.

В частности, формы согласия на вакцинацию будут использоваться структурами и центрами вакцинации, задействованными региональными центрами здравоохранения (ARS), для организации национальной кампании вакцинации против вируса папилломы человека и любых последующих вакцинаций. Эти процедуры проводятся под совместной ответственностью соответствующего регионального агентства здравоохранения и центра вакцинации или профилактической структуры, назначенной ARS для вакцинации вашего ребенка.

Школа вашего ребенка несет полную ответственность за сбор этого согласия, заполненного вами на имя контролеров данных, и отправку его в центр или учреждение, где проводится вакцинация. Это согласие отправляется в запечатанном конверте, поэтому школы не имеют доступа к содержащейся в нем информации.

Единственными получателями собранных данных являются уполномоченные сотрудники структур здравоохранения, назначенных ARS на их территории. Данные могут храниться этими структурами для целей расследования случаев наступления ответственности.

Права на доступ, исправление, ограничение и возражение, предусмотренные статьями 15, 16, 18 и 21 Общего регламента по защите данных, могут быть осуществлены руководителем учреждения в отношении обработки данных, связанных со сбором форм разрешения. Руководитель учреждения незамедлительно и любыми способами направит запросы на осуществление прав отдельных лиц в центр вакцинации или учреждение с территориальной юрисдикцией.

Аналогичным образом, вы можете воспользоваться своими правами в соответствии со статьей 85 закона № 78-17 от 6 января 1978 года, касающейся информационных технологий, файлов и гражданских свобод.

Кроме того, после проведения вакцинации в учреждении эти формы будут использоваться этими же центрами и учреждениями вакцинации, с одной стороны, для отправки в фонд медицинского страхования информации, необходимой для покрытия расходов на эти вакцины, и, с другой стороны, для отправки агрегированных и неименных данных в Национальное агентство общественного здоровья Франции в соответствии с его задачами по мониторингу здоровья и эпидемиологическому надзору.

Дополнительную информацию об этой обработке можно найти на сайте Министерства здравоохранения и ARS.