

AUTORISATION PARENTALE POUR LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV)

ДОЗВІЛ БАТЬКІВ НА ВАКЦИНАЦІЮ ПРОТИ ВІРУСУ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ (ВПЛ)

(Des informations sur la séance de vaccination et le vaccin figurent au verso de cette page)

(Інформація про сеанс вакцинації та вакцину знаходиться на звороті цієї сторінки)

Nom de l'enfant / Прізвище дитини : _____

Prénom de l'enfant / Ім'я дитини : _____

Date de naissance / Дата народження : ____ / ____ / ____

Sexe / Стать : ☐ F / Ж ☐ G / Ч

Nom du collège / Назва коледжу : _____

Commune du collège / Місто коледжу : _____

	Parent / Responsable légal 1 Батько / Офіційний представник 1	Parent / Responsable légal 2 Мати / Офіційний представник 2
Nom – Prénom / Прізвище – Ім'я		
Téléphone portable / Мобільний телефон		
Numéro de sécurité sociale ¹ Номер медичного страхування ¹		
Régime de sécurité sociale Режим медичного страхування	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre / Інше : _____	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre / Інше : _____
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. Ця інформація міститься у документі про права дитини або батька/матері (батьків), до яких вона прикріплена. Це доступно в обліковому записі Ameli: https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits . Ви можете, якщо хочете, прикріпити цей документ до форми батьківського дозволу, щоб полегшити процедури.		

Je soussigné(e), / Я, нижчепідписаний (-а) _____

☐ autorise le centre de vaccination à vacciner contre les HPV l'enfant ci-dessus désigné. / надаю дозвіл центру вакцинації зробити щеплення проти ВПЛ дитині, зазначеній вище.

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.**

Вакцинація проти ВПЛ вимагає 2 дози з інтервалом від 5 до 13 місяців, якщо проводиться у віці від 11 до 14 років. **На день вакцинації дитина повинна обов'язково мати при собі медичну картку про стан здоров'я чи щеплення.**

☐ n'autorise pas le centre de vaccination à vacciner contre les HPV l'enfant ci-dessus désigné. / не дозволяю центру вакцинації робити щеплення проти ВПЛ вищезазначеній дитині

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

Якщо дитина вже отримала щеплення проти ВПЛ (назва вакцини: Gardasil9®), будь ласка, вкажіть дату(и):

Date de la Dose 1 / Дата дози № 1 ____ / ____ / ____

Date de la Dose 2 / Дата дози № 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.

У випадку електронного підпису батько/мати/офіційний опікун, який надав підпис, чесно заявляє, що інший батько/мати/офіційний опікун надав свій дозвіл. У разі підписання на папері обоє батьків/законних опікунів повинні підписатися.

Signature Parent/Responsable légal 1 :

Підпис батька/мати/офіційного опікуна 1:

Signature Parent/Responsable légal 2 :

Підпис батька/мати/офіційного опікуна 2:

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal² / Заповнити у випадку підпису з боку одного офіційного представника² :

☐ Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné. / Я заявляю, що я є єдиним офіційним опікуном дитини, зазначеної вище.

☐ 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 заявляю, що другий офіційний опікун дитини: пан, пані _____, не може підписати цю форму, але дав/надала дозвіл на вакцинацію проти ВПЛ²

Date / Дата : ____ / ____ / 20__

Signature du seul Parent/Responsable légal / Підпис батька/матері/офіційного опікуна :

VOIR PAGE SUIVANTE

ОЗНАЙОМИТИСЯ З НАСТУПНОЮ СТОРІНКОЮ

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

У крайньому випадку вкажіть номер державного медичного страхування (тимчасовий номер соціального страхування).

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).

Вакцинація неповнолітніх вимагає дозволу обох батьків. Таким чином, у разі підпису лише одного з батьків через матеріальну неможливість підписання за другого з батьків, підписувач чесно стверджує, що особа, яка має батьківські повноваження, дала свою згоду. Будь-яка декларація або інформація, яка виявляється неточною або фальсифікованою, тягне за собою виключну відповідальність і може каратися позбавленням волі на один рік і штрафом у розмірі 15 000 євро (стаття 441-7 Кримінального кодексу).

INFORMATIONS SUR LE VACCIN CONTRE LES INFECTIONS A HPV ІНФОРМАЦІЯ ПРО ВАКЦИНУ ПРОТИ ВПЛ-ІНФЕКЦІЇ

Вакцина Gardasil 9® проти ВПЛ, якою буде вакцинована ваша дитина, є безпечною та ефективною вакциною. Вакцинація проти інфекцій ВПЛ рекомендована ВООЗ. Захищаючи наших підлітків зараз, ми можемо допомогти їм значно знизити ризик розвитку раку, пов'язаного з ВПЛ, у подальшому житті. Дійсно, дослідження показали, що вакцинація проти ВПЛ може значно знизити ризик розвитку ВПЛ-інфекцій до 90%, що також значно знижує ризик розвитку передракових уражень і пов'язаних з ними ракових захворювань. Як і у випадку з усіма вакцинами, деякі побічні ефекти можливі, і переважна більшість з них є легкими.

Ви знайдете більше інформації про вакцину на веб-сайті Національного агентства з безпеки лікарських засобів і продуктів медичного призначення: www.ansm.sante.fr або відсканувавши QR-код нижче



ПРОВЕДЕННЯ СЕАНСУ ВАКЦИНАЦІЇ

Перед сеансом вакцинації медична команда поговорить з вашою дитиною та перевірить її медичну карту. Тоді ваша дитина отримає ін'єкцію дози вакцини проти ВПЛ у конфіденційному місці. Після ін'єкції може виникнути непритомність, яка іноді супроводжується тремором або скутістю, а також може супроводжуватися падінням. Хоча випадки непритомності трапляються рідко, ваша дитина залишатиметься під наглядом медичної бригади протягом 15 хвилин після введення вакцини.

ДОВІДКА ПРО ІНФОРМАЦІЮ ТА СВОБОДИ

Ця кампанія з вакцинації передбачає впровадження обробки персональних даних.

Зокрема, бланки дозволів на вакцинацію будуть використовуватися структурами та центрами вакцинації, мобілізованими ARS, з метою організації національної кампанії вакцинації проти інфекцій вірусу папіломи людини та можливого надолуження інших щеплень. Ці процедури проводяться під спільною відповідальністю компетентного регіонального органу охорони здоров'я та центру вакцинації або профілактичної структури, призначеної ARS, яка проводить вакцинацію вашої дитини.

Навчальний заклад вашої дитини несе виключну відповідальність за збір, від імені цих контролерів даних, заповненого вами дозволу, який він потім передає до центру або структури вакцинації. Ця передача здійснюється в запечатаному конверті, тому установи не знають про інформацію, що міститься в ньому.

Єдиними одержувачами зібраних даних є уповноважений персонал медичних структур, визначених ARS на їх території. Вони можуть зберігатися цими організаціями з метою можливого розслідування відповідальності.

Права на доступ, виправлення, обмеження та заперечення, передбачені статтями 15, 16, 18 і 21 GDPR, реалізуються разом з керівником установи щодо цієї обробки, пов'язаної зі збором форм авторизації. Це невідкладно та будь-якими способами передає запити щодо реалізації прав людей до територіально компетентного центру або структури вакцинації.

Таким же чином ви можете скористатися правами, передбаченими статтею 85 закону № 78-17 від 6 січня 1978 року щодо обробки даних, файлів і свобод.

Крім того, ці форми будуть використовуватися, після акту вакцинації, проведеного в закладі, цими самими центрами та структурами вакцинації, з одного боку, з метою надсилання до служби з медичного страхування необхідних елементів для покриття цих вакцин та, з іншого боку, з метою надсилання зведених і не номінативних даних до Національного агентства громадського здоров'я/Santé Publique France, відповідно до його місій моніторингу та епідеміологічного нагляду.

Додаткову інформацію про ці методи обробки ви можете отримати на веб-сайті Міністерства охорони здоров'я та ARS.