

AUTORISATION À LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS (HPV) À RENDRE À  
L'ÉTABLISSEMENT AVANT LE : ...../..../2023

**AUTORIZIM VAKSINIMI KUNDËR PAPILLOMAVIRUS (HPV) PËR  
T'IA DORËZUAR SHKOLLËS PARA DATËS...../..../2023**

Nom et Prénom de l'ENFANT : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  G  
Mbiemri dhe Emri i FËMIJËS : \_\_\_\_\_ Gjinia :  F  M

N° SÉCURITÉ SOCIALE<sup>1</sup> (auquel est rattaché l'enfant) :

N° I SIGURIMEVE SHOQËRORE<sup>1</sup> (tek i cili është lidhur fëmija) :

Régime de sécurité sociale :  CPAM  MSA  MGEN  Autre : \_\_\_\_\_

Regjimi i sigurimeve shoqërore :  CPAM  MSA  MGEN  Tjetër : \_\_\_\_\_

Bénéficiez-vous de la Complémentaire santé solidaire (C2S) ? Oui  Non

A përfitoni ju kartën e Shëndetit plotësues solidar (C2S) ? Po  Jo

Date de naissance de l'enfant : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data e lindjes e fëmijës : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Code postal de résidence :

Kodi postal i banesës :

Téléphone(s) portable(s) des parents/responsable légal : \_\_\_\_\_

Telefoni (at) celular (ë) i prindërve/kujdestarit ligjor : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e),

Unë i (e) nënshkruari (a),

Parent/responsable légal 1 : \_\_\_\_\_

Prindi/kujdestari ligjor 1 : \_\_\_\_\_

Parent/responsable légal 2 : \_\_\_\_\_

Prindi/kujdestari ligjor 2 : \_\_\_\_\_

autorise le centre de vaccination à vacciner contre les HPV l'enfant ci-dessus désigné :

autorizoj qendrën e vaksinimit të vaksinojë kundër HPV fëmijën e shënuar si më sipër :

HPV (Papillomavirus) – 2 injections à 6 mois d'intervalle si l'enfant n'est pas vacciné----- Oui  Non

HPV (Papillomavirus) – 2 injeksione me hapësirë kohe 6 mujore nëse fëmija nuk është vaksinuar----- Po  Jo

HPV (Papillomavirus) – une injection de rappel si l'enfant a déjà reçu une dose de vaccin depuis plus de 6 mois -----  
----- Oui  Non

HPV (Papillomavirus) – një injeksion përforcues nëse fëmija ka marrë tashmë një dozë vaksine për më shumë se 6 muaj  
----- Po  Jo

L'enfant devra être muni de son carnet de santé ou de vaccination le jour de la séance de vaccination. À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal :

**Fëmija duhet të ketë me vete kartelën shëndetësore ose atë të vaksinimit ditën e caktuar për vaksinimin.  
Duhet plotësuar në rast se firmoset vetëm nga njëri kujdestar ligjor :**

- Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné.
- Deklaroj se jam i vetmi kujdestar ligjor i fëmijës së sipër përmendur.**
- 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 le vaccin coché ci-dessus<sup>2</sup>
- Deklaroj ndershmërisht se kujdestari i dytë ligjor i fëmijës: Zoti, Zonja \_\_\_\_\_, e ka të pamundur nga ana materiale të firmosë këtë formular por ka dhënë autorizimin e tij/saj për vaksinën e shënuar si më sipër<sup>2</sup>.**

Date : Signature(s) :

Data: Nënshkrimi (et)

---

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

<sup>1</sup> Në të kundërt, shënoni numrin e Ndhmës Mjekësore të Shtetit (numri i sigurimeve shoqërore të përkohshme).

<sup>2</sup> 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'avèrerait 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).

<sup>2</sup> Vaksinimi i minoreneve kërkon autorizimin e dy personave që kanë kujdestarinë prindërore. Prandaj, në rast firmosje vetëm nga njëri prind sepse tjetri e ka të pamundur nga ana materiale të firmosë, ai që firmos angazhohet ndershmërisht se personi tjetër i cili ka kujdestarinë prindërore të ketë dhënë autorizimin e tij. Çdo deklaratë ose informacion i cili do të ishte i pasaktë apo fallco, angazhon vetëm përgjegjësinë e vetë deklaruesit dhe mund të dënohet me një vit burg dhe 15 000 euro gjobë (neni 441-7 i kodit penal).

AUTORISATION COMPLÉMENTAIRE POUR LES AUTRES VACCINATIONS

AUTORIZIM SHITESË PËR VAKSINAT E TJERA

Je soussigné(e),

Unë i, e nënshkruari (a),

Parent/responsable légal 1 : \_\_\_\_\_

Prindi/kujdestari ligjor 1 : \_\_\_\_\_

Parent/responsable légal 2 : \_\_\_\_\_

Prindi/kujdestari ligjor 2 : \_\_\_\_\_

J'autorise également le centre de vaccination à vacciner si nécessaire l'enfant ci-dessus désigné pour le ou les vaccinations suivantes :

**Autorizoj gjithashtu qendrën e vaksinimit të vaksinojë nëse është e nevojshme fëmijën e sipër përmendur për vaksinën apo vaksinat e mëposhtme :**

- |   |           |                          |           |                          |
|---|-----------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diphtérie, Tétanos, Polio, Coqueluche -----            | Oui       | <input type="checkbox"/> | Non       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <b>Difteria, Tetanozi, Poliomeleti, Pertusis</b> ----- | <b>Po</b> | <input type="checkbox"/> | <b>Jo</b> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Rougeole, Oreillons, Rubéole -----                     | Oui       | <input type="checkbox"/> | Non       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <b>Fruthi, Shytat, Rubeola</b> -----                   | <b>Po</b> | <input type="checkbox"/> | <b>Jo</b> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hépatite B -----                                       | Oui       | <input type="checkbox"/> | Non       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <b>Hepatiti B</b> -----                                | <b>Po</b> | <input type="checkbox"/> | <b>Jo</b> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Méningite à méningocoque C -----                       | Oui       | <input type="checkbox"/> | Non       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <b>Meningjiti meningokokal C</b> -----                 | <b>Po</b> | <input type="checkbox"/> | <b>Jo</b> | <input type="checkbox"/> |

*À noter que plusieurs vaccins peuvent être administrés aux enfants au cours d'une même séance.*

*Duhet ditur që shumë vaksina mund ti bëhen fëmijëve gjatë një seance vaksinimi.*

L'enfant devra être muni de son carnet de santé ou de vaccination le jour de la séance de vaccination.

**Ditën e seancës së vaksinimit, fëmija duhet të ketë me vete kartelën e shëndetit apo të vaksinave.**

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal :

**Të kompletohet në rast se firmoset vetëm nga njëri kujdestar ligjor :**

Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné

**Deklaroj se jam i vetmi kujdestar ligjor i fëmijës së sipër përmendur.**

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 les vaccins cochés ci-dessus<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> 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, ce dernier s'engage sur l'honneur à ce que le parent co-titulaire de l'autorité parentale ait donné son autorisation. Toute déclaration ou information qui s'avèrerait 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).

<sup>1</sup> Vaksinimi i minorenëve kërkon autorizimin e dy personave që kanë kujdestarinë prindërore. Prandaj, në rast firmosje vetëm nga njëri prind sepse tjetri e ka të pamundur nga ana materiale të firmosë, ai që firmos angazhohet ndershmërisht se personi tjetër i cili ka kujdestarinë prindërore të ketë dhënë autorizimin e tij. Çdo deklaratë ose informacion i cili do të ishte i pasaktë apo fallco, angazhon vetëm përgjegjësinë e vetë deklaruës dhe mund të dënohet me një vit burg dhe 15 000 euro gjobë (neni 441-7 i kodit penal).

Deklaroj ndershëmërisht se kujdestari i dytë ligjor i fëmijës: Zoti,  
Zonja \_\_\_\_\_, e ka të pamundur nga ana materiale të firmosë këtë  
formular por ka dhënë autorizimin e tij/saj për vaksinat e shënuara si më sipër<sup>1</sup>.

Date : Signature(s) :

Data: Nënshkrimi (et)

#### Mentions d'information informatiques et libertés :

La présente campagne de vaccination implique la mise en œuvre de traitements de données à caractère personnel.

En particulier, les formulaires d'autorisation à la vaccination seront utilisés, par les structures et centres de vaccination mobilisés par les ARS, aux fins d'organisation de la campagne nationale de vaccination contre les infections à papillomavirus humains et du rattrapage éventuel des autres vaccinations. Ces traitements sont mis en œuvre sous la responsabilité conjointe de l'Agence régionale de santé compétente et du centre de vaccination ou de la structure de prévention désignés par l'ARS réalisant la vaccination de votre enfant.

L'établissement scolaire de votre enfant est uniquement chargé de collecter, pour le compte de ces responsables de traitement, la présente autorisation complétée par vos soins qu'il transmet ensuite au centre ou à la structure de vaccination. Cette transmission est réalisée sous enveloppe cachetée et les établissements n'ont donc pas connaissance des informations qui y figurent.

Sont uniquement destinataires des données collectées les personnels habilités au sein des structures de santé désignées par l'ARS sur leur territoire. Elles pourront être conservées par ces entités à des fins d'éventuelles recherches en responsabilité.

Les droits d'accès, de rectification, de limitation et d'opposition, prévus par les articles 15, 16, 18 et 21 du RGPD s'exercent auprès du chef d'établissement à l'égard de ce traitement relatif à la collecte des formulaires d'autorisation. Celui-là transmet sans délai et par tout moyen, les demandes d'exercice des droits des personnes au centre ou à la structure de vaccination territorialement compétent.

De la même manière, vous pouvez exercer les droits prévus à l'article 85 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Par ailleurs, ces formulaires seront utilisés, après l'acte de vaccination effectué au sein de l'établissement, par ces mêmes centres et structures de vaccination, d'une part, aux fins d'adresser à l'assurance-maladie les éléments nécessaires à la prise en charge de ces vaccins et, d'autre part, aux fins d'adresser des données agrégées et non-nominatives à l'Agence nationale de santé publique/Santé Publique France, conformément à ses missions de veille sanitaire et de surveillance épidémiologique.

Des informations complémentaires sur ces traitements sont mises à votre disposition sur le site internet du ministère chargé de la santé et des ARS.

#### Të dhëna në lidhje me informacionet kompjuterike dhe liritë:

**Kjo fushatë vaksinimi përfshin trajtimin dhe përpunimin e të dhënave personale.**

Në këtë rast, formularë autorizimi për vaksinim do të përdoren nga strukturat dhe qendrat e vaksinimit të mobilizuara nga ARS (*Agjencia Rajonale e Shëndetit*), me qëllim organizimin e fushatës kombëtare të vaksinimit kundër infeksioneve nga papillomavirusi njerëzor dhe bërjen nëse është e mundur brenda afatit të vaksinave të tjera. Trajtimet e të dhënave bëhen nën përgjegjësinë e përbashkët të agjencisë rajonale shëndetësore kompetente dhe qendrës së vaksinimit ose strukturës për parandalimin e sëmundjeve të zgjedhura nga ARS që kryen vaksinimin e fëmijës suaj.

Shkolla e fëmijës suaj ka për detyrë vetëm të mbledhë, për llogari të përgjegjësve që merren me përpunimin e të dhënave, këtë autorizim të plotësuar nga ju, të cilin më pas ia transmeton qendrës apo strukturës së vaksinimit. Ky transmetim bëhet në një zarf të mbyllur dhe shkollat nuk kanë dëgjim të informacionit që përmban zarfi.

Marrësit e këtyre të dhënave të mbledhura janë vetëm personeli i autorizuar brenda strukturave shëndetësore të përcaktuara nga ARS brenda territorit. Ato mund të ruhen nga këto subjekte vetëm në rast se hapet ndonjë hetim për arsye përgjegjësie.

Të drejtat e aksesit, korrigjimit, kufizimit dhe kundërshtimit, të parashikuara nga nenet 15, 16, 18 dhe 21 të RPMDH (*Rregullores së Përgjithshme për Mbrojtjen e të Dhënave*) ushtrohen vetëm pranë drejtorit të shkollës përsa i përket mbledhjes së formularëve të autorizimit. Ky i fundit transmeton pa vonesë dhe me çdo mjet të mundshëm kërkesat për ushtrimin e të drejtave të personave në qendrën apo strukturën e vaksinimit territorial kompetent.

Në të njëjtën mënyrë, ju mund të ushtroni të drejtat e parashikuara nga neni 85 i ligjit n°78-17 të 6 janarit 1978 në lidhje me përpunimin e të dhënave në mënyrë numerike, dosjeve dhe lirive. Gjithashtu, këto formularë do të përdoren, pas vaksinimit të kryer brenda institucionit, po nga të njëjtat qendra dhe struktura vaksinimi, nga njëra anë, për dërgimin e të dhënave të nevojshme sigurimit shëndetësor me qëllim marrjen përsipër të këtyre vaksinave dhe, nga ana tjetër, për dërgimin e të dhënave të grumbulluara dhe jo nominative në Agjencinë Kombëtare të Shëndetit Publik/Shëndeti Publik Francë, në përputhje me misionet e saj të monitorimit dhe mbikëqyrjes shëndetësore dhe epidemiologjike. Informacione shtesë mbi këto trajtime janë në dispozicionin tuaj në faqen e internetit të Ministrisë së Shëndetësisë dhe të ARS.