



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

HPV (فيروس الورم الحليمي) – جرعتان متباعدة بـ 6 أشهر عن بعضها البعض إذا لم يتم تلقيح الطفل----- نعم  لا

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

Oui  Non

HPV (فيروس الورم الحليمي) – جرعة معززة إذا كان الطفل قد تلقى جرعة من اللقاح منذ أكثر من 6 أشهر -----

نعم  لا

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

يجب أن يكون لدى الطفل دفتره الصحي أو دفتر اللقاحات يوم جلسة التلقيح.

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

يتم إملأها في حالة توقيع وصي قانوني واحد فقط:

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

أصرح بأنني الوصي(ة) القانوني(ة) الوحيد(ة) للطفل المذكور أعلاه.

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>.

أصرح بشرفي أن الوصي القانوني الثاني على الطفل: السيد، السيدة \_\_\_\_\_، تعذر عليه(عليها) التوقيع ماديا على هذه الاستمارة لكنه(لكنها) أعطى (أعطت) موافقته (موافقتها) للقاحات الموضوع عليها علامة أدناه<sup>1</sup>.

Date التاريخ:

Signature(s) (التوقيعات) :

<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).

يتطلب تلقيح القاصرين موافقة من كلا صاحبي السلطة الأبوية. وبالتالي، في حالة توقيع أحد الوالدين فقط بسبب الاستحالة المادية للتوقيع للوالد الآخر، يصرح هذا الأخير بشرفه بأن الوالد المشارك في السلطة الأبوية قد أعطى موافقته. هو المسؤول الوحيد عن أي تصريح أو معلومة قد يثبت أنها غير صحيحة أو مزيفة، ويمكن معاقبته بالسجن لمدة عام وغرامة قدرها 15000 يورو (المادة 441-7 من قانون العقوبات).

# Annexe 1

## ملحق 1

### AUTORISATION COMPLÉMENTAIRE POUR LES AUTRES VACCINATIONS

#### موافقة تكميلية للقاحات الأخرى

Je soussigné(e),

أنا الموقع(ة) أدناه،

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

الوالد/الوصي القانوني 1:

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

الوالد/الوصي القانوني 2:

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

أسمح أيضا لمركز التلقيح، إذا لزم الأمر، بتلقيح الطفل المذكور أعلاه باللقاح أو اللقاحات التالية:

- Diphtérie, Tétanos, Polio, Coqueluche ----- Oui  Non   
 الخناق والكزاز وشلل الأطفال والسعال الديكي ----- نعم  لا
- Rougeole, Oreillons, Rubéole ----- Oui  Non   
 الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية ----- نعم  لا
- Hépatite B ----- Oui  Non   
 التهاب الكبد B ----- نعم  لا
- Méningite à méningocoque C ----- Oui  Non   
 التهاب السحايا بالنيسيرية السحائية C ----- نعم  لا

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

تجدر الإشارة أنه يمكن إعطاء العديد من اللقاحات للأطفال خلال نفس الجلسة.

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

يجب أن يكون لدى الطفل دفتره الصحي أو دفتر اللقاحات يوم جلسة التلقيح.

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

يتم إملؤها في حالة توقيع وصي قانوني واحد فقط:

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

أصرح بأنني الوصي(ة) القانوني(ة) الوحيد(ة) للطفل المذكور أعلاه.

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>.

أصرح بشرفي أن الوصي القانوني الثاني على الطفل: السيد، السيدة \_\_\_\_\_، تعذر عليه(عليها) التوقيع ماديا على هذه الاستمارة لكنه(لكنها) أعطى(أعطت) موافقته (موافقتها) للقاحات الموضوع عليها علامة أدناه<sup>1</sup>.

Date التاريخ:

Signature(s) (التوقيعات):

<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'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).

يتطلب تلقيح القاصرين موافقة من كلا صاحبي السلطة الأبوية. وبالتالي، في حالة توقيع أحد الوالدين فقط بسبب الاستحالة المادية للتوقيع للوالد الآخر، يصرح هذا الأخير بشرفه بأن الوالد المشارك في السلطة الأبوية قد أعطى موافقته. هو المسؤول الوحيد عن أي تصريح أو معلومة قد ثبت أنها غير صحيحة أو مزيفة، ويمكن معاقبته بالسجن لمدة عام وغرامة قدرها 15000 يورو (المادة 441-7 من قانون العقوبات).

## 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-ci 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.

## Mعلومات حول المعلوماتية والحريات:

تتضمن حملة التلقيح هذه معالجة البيانات الشخصية.

على وجه الخصوص، سوف يتم استخدام استمارات الموافقة على التلقيح من طرف هيكل ومراكز التلقيح التي تم حشدها من طرف ARS لغرض تنظيم حملة التلقيح الوطنية ضد عدوى فيروس الورم الحليمي البشري والحقاق بالركب المحتمل باللقاحات الأخرى. يتم تنفيذ هذه العلاجات تحت المسؤولية المشتركة لوكالة الصحة الإقليمية المختصة ومركز التلقيح أو هيكل الوقاية المعين من طرف ARS الذي يقوم بتلقيح طفلك. المؤسسة التعليمية لطفلك مكلفة فقط بجمع، نيابة عن مسؤولي المعالجة، هذه الموافقة التي ملأها والتي يتم إرسالها بعد ذلك إلى مركز أو هيكل التلقيح. يتم هذا الإرسال في ظرف مختوم وبالتالي فإن المؤسسات ليست على علم بالمعلومات الواردة فيه.

الموظفون المعتمدون داخل الهياكل الصحية المعينة من طرف ARS في إقليمهم هم المستلمون الوحيدون للبيانات التي تم جمعها. قد يتم الاحتفاظ بها من طرف هذه الجهات لغرض البحث المحتمل عن المسؤولية. تمارس حقوق الوصول والتصحيح والحد والمعارضة، المنصوص عليها في المواد 15 و 16 و 18 و 21 من النظام العام لحماية البيانات مع رئيس المؤسسة بشأن هذه المعالجة المتعلقة بجمع استمارات الموافقة. يسلم هذا الأخير فوراً وبأى وسيلة طلبات ممارسة حقوق الأشخاص إلى مركز أو هيكل التلقيح المختص إقليمياً.

بنفس الطريقة، يمكنك ممارسة الحقوق المنصوص عليها في المادة 85 من القانون رقم 78-17 المؤرخ في 6 يناير 1978 المتعلقة بالمعلوماتية والملفات والحريات. بالإضافة إلى ذلك، سوف يتم استخدام هذه الاستمارات، بعد إجراء التلقيح في المؤسسة، من طرف مراكز وهيكل التلقيح نفسها، من ناحية، لغرض إرسال العناصر اللازمة للتكفل بهذه اللقاحات إلى التأمين الصحي، ومن ناحية أخرى، لغرض إرسال بيانات مجمعة وغير اسمية إلى الوكالة الوطنية للصحة العامة / الصحة العامة فرنسا، وفقاً لمهامها للرصد الصحي والمراقبة الوبائية. يتم وضع تحت تصرفك معلومات إضافية عن هذه المعالجات في الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة وARS.