

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

اکیلے ایک قانونی سرپرست کے دستخط کرنے کی صورت میں درج ذیل اقرار کرنا:

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

میں اقرار کرتا ہوں کہ میں مذکورہ بچے کا واحد قانونی سرپرست ہوں۔

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-dessus³.

میں اقرار کرتا ہوں کہ بچے کے دوسرے قانونی سرپرست: مسٹر یا میڈم _____، کو اس فارم پر دستخط کرنے سے روکا گیا ہے لیکن انہوں نے اوپر چیک کی گئی ویکسین کے لیے اپنی اجازت دی ہے⁴۔

Date :

Signature(s) :

دستخط :

تاریخ:

³ 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).

⁴ نابالغ بچوں کی ویکسینیشن کے لیے والدین کے اختیار کے دونوں حاملین کی اجازت درکار ہوتی ہے۔ اس طرح، والدین میں سے کسی ایک کی دستخط ناممکن ہونے کی وجہ سے صرف ایک کی طرف سے دستخط کرنے کی صورت میں، مؤخر الذکر حلفیہ بیان دے گا کہ دستخط نہ کرنے والے والد یا والدہ نے دستخط کرنے والے والد یا والدہ کو دستخط کرنے کی اجازت دی ہے۔ کسی بھی غلط یا جھوٹے اقرار یا معلومات کی صورت میں، ایک سال قید کی سزا اور 15,000 یورو جرمانہ ہوسکتا ہے (تعزیرات قانون کا دفعہ 441-7)۔

AUTORISATION COMPLÉMENTAIRE POUR LES AUTRES VACCINATIONS

دیگر ویکسین لگوانے کے لیے اضافی اجازت نامہ

Je soussigné(e),

Parent/responsable légal 1 : _____

Parent/responsable légal 2 : _____

میں زیر دستخطی،

والدین/قانونی سرپرست 1: _____

والدین/قانونی سرپرست 2: _____

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

میں حفاظتی ٹیکوں کے مرکز کو یہ اجازت بھی دیتا ہوں کہ اگر ضروری ہو تو اوپر ذکر شدہ بچے کو درج ذیل ویکسین بھی لگوائیں۔

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diphtérie, Tétanos, Polio, Coqueluche ----- | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Rougeole, Oreillons, Rubéole ----- | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hépatite B ----- | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Méningite à méningocoque C ----- | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> خناق، تشنج، پولیو، کالی کھانسی | <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں |
| <input type="checkbox"/> خسره، ممپس، روبیلا | <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں |
| <input type="checkbox"/> کالا یرقان | <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں |
| <input type="checkbox"/> سرسام اور میننگوکوکل سی | <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں |

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

براہ کرم نوٹ کریں کہ ایک ہی سیشن کے دوران بچوں کو کئی ویکسین لگائی جا سکتی ہیں۔

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

ویکسین لگوانے کے سیشن کے دن بچے کے پاس ان کی صحت یا ویکسینیشن ریکارڈ ہونا ضروری ہے۔

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

- Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné.
- 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-dessus¹.

اکیلے ایک قانونی سرپرست کے دستخط کرنے کی صورت میں درج ذیل اقرار کرنا:

- میں اقرار کرتا ہوں کہ میں مذکورہ بچے کا واحد قانونی سرپرست ہوں۔
- میں اقرار کرتا ہوں کہ بچے کے دوسرے قانونی سرپرست: مسٹر یا میڈم _____، کو اس فارم پر دستخط کرنے سے روکا گیا ہے لیکن انہوں نے اوپر چیک کی گئی ویکسین کے لیے اپنی اجازت دی ہے²۔

Date:

Signature(s):

دستخط:

تاریخ:

¹ 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).

² نابالغ بچوں کی ویکسینیشن کے لیے والدین کے اختیار کے دونوں حاملین کی اجازت درکار ہوتی ہے۔ اس طرح، والدین میں سے کسی ایک کی دستخط ناممکن ہونے کی وجہ سے صرف ایک کی طرف سے دستخط کرنے کی صورت میں، مؤخر الذکر حلفیہ بیان دے گا کہ دستخط نہ کرنے والے والد یا والدہ نے دستخط کرنے والے والد یا والدہ کو دستخط کرنے کی اجازت دی ہے۔ کسی بھی غلط یا جھوٹے اقرار یا معلومات کی صورت میں، ایک سال قید کی سزا اور 15,000 یورو جرمانہ ہوسکتا ہے (تعزیرات قانون کا دفعہ 441-7)۔

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.

ڈیٹا پروٹیکشن قانون کے بارے میں :

اس ویکیسینیشن مہم میں ذاتی ڈیٹا کی پروسیسنگ پر عمل درآمد شامل ہے۔ خاص طور پر، ویکیسینیشن کی اجازت کے فارم پُر کرنے کیلئے، اور انسانی پیپیلوما وائرس کے انفیکشن کے خلاف قومی ویکیسینیشن مہم کو منظم کرنے اور دیگر ویکسین کے ممکنہ حصول کے مقاصد کے لیے ARS کے تحت جانے والے ویکیسینیشن سنٹرز کی طرف سے آپ کا یہ ذاتی ڈیٹا استعمال کیا جائے گا۔ مجاز طبی محکمے اور آپ کے بچے کی ویکیسینیشن کرنے والے ARS کی جانب سے مقرر کردہ ویکیسینیشن سنٹر یا بیماریوں کے روک تھام کے سنٹر کی مشترکہ ذمہ داری کے تحت اس ڈیٹا کی پراسسنگ ہوتی ہے۔ ان ڈیٹا کنٹرولرز کی جانب سے آپ کے بچے کا اسکول مکمل طور پر ڈیٹا اکٹھا کرنے کا ذمہ دار ہے، یہ اجازت نامہ فارم آپ ہی کی طرف سے پُر کیا گیا ہے، جسے پھر ویکیسینیشن سنٹر کو بھیج دیا جاتا ہے۔ یہ ترسیل ایک مہر بند لفافے میں کی جاتی ہے، اور اس لیے ان لفافوں میں موجود معلومات کا ویکیسینیشن سنٹر کو پتہ نہیں ہوتا۔ اپنے ریجن میں ARS کی جانب سے نامزد طبی مراکز میں موجود مجاز اہلکار ہی جمع شدہ ڈیٹا کے وصول کنندگان ہیں۔ اس ڈیٹا کو ان اداروں کی طرف سے ذمہ داری کے ساتھ ممکنہ ریسرچ کی غرض سے رکھا جا سکتا ہے۔

RGPD کے آرٹیکل 15، 16، 18 اور 21 کے تحت، اجازت نامے والے فارم کی وصولی سے متعلق اور ڈیٹا پراسسنگ کے حوالے سے، اپنے ڈیٹا تک رسائی، اصلاح، حد بندی اور مخالفت کے حقوق کو ادارے کے سربراہ کو درخواست کر کے استعمال کیے جاتے ہیں۔ وہ بغیر کسی تاخیر کے اور ہر ذریعے سے حقوق کے استعمال کی درخواستوں کو مجاز علاقائی ویکیسینیشن سنٹر کو بھیجتے ہیں۔ اسی طرح، آپ ڈیٹا پروٹیکشن، فائلوں اور آزادوں سے متعلق 6 جنوری 1978 کے قانون نمبر 78-17 کے آرٹیکل 85 میں فراہم کردہ حقوق کو بھی استعمال کر سکتے ہیں۔ مزید برآں، ویکیسینیشن سنٹر میں ویکسین لگنے کے بعد، انہی ویکیسینیشن سنٹرز کی جانب سے ان فارموں کو استعمال کیا جائے گا۔ اس استعمال کے دو مقاصد ہیں۔ پہلا یہ کہ بیلٹھ انشورنس کو ان ویکیسینوں کی کوریج کے لیے ضروری معلومات فراہم کرنا، اور دوسرا یہ کہ طبی اور وبائی نگرانی کے مشن کے مطابق نیشنل پبلک بیلٹھ ایجنسی / بیلٹھ پبلک فرانس کو مجموعی اور غیر نامزد ڈیٹا بھیجنا۔

ڈیٹا پراسسنگ کے بارے میں مزید معلومات آپ کو وزارت صحت اور ARS کی ویب سائٹ پر دستیاب ہے۔