

AUTORISATION À LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS (HPV) À RENDRE À

L'ÉTABLISSEMENT AVANT LE :/...../2023

د پاپیلوما ویروس (HPV) ضد واکسین کولو د هوکړې پاڼه، چې باید د ۲۰۲۳/...../..... وړاندې دې ادارې ته وسپارل شي.

Nom et Prénom de l'ENFANT : _____ Sexe : ☐ F ☐ G
د ماشوم نوم او تخلص جنس: ☐ نارینه ☐ ښځینه

N° SÉCURITÉ SOCIALE¹ (auquel est rattaché l'enfant) :

Régime de sécurité sociale : ☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre : _____

Bénéficiez-

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

د ټولنیز امنیت کارت نمبر¹ (له کوم سره چې ماشوم وصل دی)
سیستم ☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ نور: _____ ایا تاسې له
تکمیلوونکي پیوستون روغتیا (C2S) څخه گټه پورته کوئ؟ ☐ نه ☐ بله

Date de naissance de l'enfant : ____/____/____
د ماشوم د زوکړې نېټه: ____/____/____

Code postal de résidence :
د استوګنې پستی ادرس:

Téléphone(s) portable(s) des parents/responsable légal : _____
د ماشوم د مور او پلار / قانوني استازي د تلیفون یا موبایل شمېره: _____

Je soussigné(e),
زه، لاندې لاسلیک کوونکی (ې)،

Parent/responsable légal 1 : _____

Parent/responsable légal 2 : _____

والدین / قانوني استازی ۱ : _____

والدین / قانوني استازی ۲ : _____

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

د واکسیناسیون مرکز ته اجازه ورکوم، چې پورته ذکر شوی ماشوم د (HPV) پر ضد واکسین کړي.

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

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

HPV يا (پاپلوما وروس) – ۲ پیچکاری چې ترمنځ به یې ۶ میاشتي فاصله موجوده وي، البته که ماشوم نه وي واکسین شوی ----- هو ☐ نه ☐
HPV يا (پاپلوما وروس) – ۱ بوسټر، البته که ماشوم تر شپږو میاشتو په زیاته موده کې د واکسین ډوز اخستی وي.-----
----- هو ☐ نه ☐

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 :

له ماشوم سره باید د واکسین په ورځ باندې د نوموړي صحي یا هم د واکسین ریکارډ موجود وي. د یوه قانوني استازي لخوا د لاسلیک په صورت کې باید

دغه برخه بشپړه شي:

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

☐ زه اقرار کوم، چې زه د پورته ذکر شوي ماشوم یوازینی قانوني سرپرست یم.

☐ 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-dessus².

☐ زه په خپل ټول شرافت سره اقرار کوم، چې د ماشوم دوهم قانوني سرپرست: ښاغلي، اغلي.....په مادي توګه ددې پاڼې له لاسلیک څخه
منع شوی دی، ولي د پورته ذکر شوي² واکسین لپاره یې خپل واک ورکړی دی.

Date :

Signature(s) :

لاسلیک:

نېټه:

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

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'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 penal).

^۱ که د تطبیق وړ وي، نو د دولتي روغتیايي مرستې شمېره ولیکئ (د لنډمهالي ټولنیز امنیت کود)

^۲ د کوچنیانو واکسین کول د پلرنيو مسؤلیتونو د دواړو درلودونکو کسانو اجازې ته اړتیا لري. پر دې اساس نو، د والدینو څخه د یوه د لاسلیک او د مادي ناممکنیت له خاطرې د بل د نه لاسلیک په صورت کې لاسلیک کوونکی شخص په خپل شرافت سره پر دې اقرار کوي، چې د والدینو د مسؤلیتونو درلودونکي دوهم کس ورته خپل واک ورکړی دی. که چېرې ثابته شي چې غلط معلومات ورکړل شوي یا سم اقرار نه دی شوی، نو مسؤلیت یې یوازې د لاسلیک کوونکي کس پر غاړه دی او دا عمل ممکن د یوه کال قید او ۱۵۰۰۰ یورو نقدې جریمې سبب شي (د جزا کود ۷-۴۴۱ ماده).

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.

د کمپیوټري معلوماتو او ازادیو په اړه اطلاعات :

د واکسیناسیون په ډاکمپاین کې د شخصي معلوماتو یا ډاټا د پروسیس کولو تطبیق هم شامل دی. د واکسین لپاره د رضایت فورمې به د (ARS) لخوا تنظیمېدونکې د واکسیناسیون د اړوندو څانگو او مرکزونو لخوا د انساني پاپلوما ویروس د انتانونو خلاف د ملي کمپاین د تنظیم او نورو ممکنه واکسینونو د تطبیق په موخه وکارول شي. دغه تداوي د اړوندي سیمه ییزې روغتیايي ادارې او د واکسین مرکز لخوا په ګډه تطبیق کېږي او یا هم د مخنیوي د هغه جوړښت تر مسؤلیت لاندې، چې د (ARS) لخوا ستاسې د ماشوم د واکسیناسیون لپاره ټاکل شوی دی.

ستاسې د ماشوم ښوونځی د دغو کنټرولونکو په استازولي ستاسې څخه د رضایت ښودلو فورمونو د راټولو مسؤلیت لري، کوم چې بیا د واکسین مرکز یا اړوند جوړښت ته لېږدول کېږي. دا فورمې په مهر شوې لفافه کې لېږدول کېږي او له همدې خاطر نو تاسیسات په فورمو کې د موجودو معلوماتو په اړه نه پوهیږي. راټولو شويو معلوماتو ته یوازې د روغتیايي جوړښتونو اړوند کارکوونکي لاس لري، کوم چې په خپلو سیمو کې د (ARS) لخوا ټاکل شوي دي. دغه معلومات ممکن ددې ادارو لخوا د احتمالي اسیب پذیرېو د مطالعې په موخه و ساتل شي.

د رضایت فورمو د پروسیس اړوند د لاسرسي، تعدیل محدودیت او مخالفت حقونه، چې د (RGPD) د ۱۵، ۱۶، ۱۷ مادې پر اساس روښانه شوي، د تاسیساتو له رییس سره د اړیکې له لارې د ګټه اخستنې وړ دي. د تاسیساتو رییس مکلف دی، چې له ځنډ او ځنډ پرته دغه حق ته د خلکو د لاسرسي غوښتنې له ټولو ممکنه لارو په ګټه اخستنې سره د واکسین اړوند مرکز یا جوړښت ته واستوي. په عین شکل سره تاسې کولای شئ د معلوماتو د پروسیس کولو، فایلونو او ازادیو پورې اړوند د ۱۹۷۸ د جنورۍ د ۶ نېټې د (۷۸-۱۷) ګټې قانون په ۸۵ ماده کې له ذکر شويو حقونو هم ګټه واخلي. پر دې سربېره به یادي فورمې په تاسیساتو کې د واکسیناسیون تر تطبیق وروسته د واکسین د عین مرکزونو او تاسیساتو لخوا ددې واکسینونو د پوښښ لپاره د اړوندو عناصرو د لېږد په موخه د روغتیايي بیمې ورکوونکو او همداراز د فرانسې د عامې روغتیا ملي ادارې / یا سانت پبلیکې فرانس ته د روغتیا د څارنې او څارنې ماموریتونو سره سم د راټولو شويو او غیر نامتو معلوماتو د لېږلو په موخه وکارول شي. ددې درملنې لپاره اضافي معلومات د عامې روغتیا وزارت او د (ARS) پر انټرنېټ پاڼو موندلای شئ.