ДОЗВІЛ НА ВАКЦИНАЦІЮ ПРОТИ ПАПІЛОМАВІРУСУ (ВПЛ) ПОТРІБНО НАДАТИ ЗАКЛАДУ ДО:/2023 р.

Nom et Prénom de l'ENFANT :		_Sexe : □ F □ G			
Прізвище та ім'я ДИТИНИ :		_Стать∶□Ж□Ч			
N° SÉCURITÉ SOCIALE¹ (auquel est rattaché l'ent	fant) :				
N° СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ¹ (до якого прикріплена дитина) : 니 나니 나니 나니 나나 나나!					
Régime de sécurité sociale : □ CPAM □ MSA □ MGEN □ Autre :					
Режим соціального страхування : СРАМ	M □ MSA □ MGEN □ Autre:				
Bénéficiez-vous de la Complémentaire santé sol	idaire (C2S) ? Oui □ Non □				
Чи маєте ви додаткове соціальне страхування (C2S) ? Так □ Ні □					
Date de naissance de l'enfant :	//				
Дата народження дитини :	//				
Code postal de résidence :	يلـل يـلـا				
Поштовий індекс місця проживання :	بلل بلل				
Téléphone(s) portable(s) des parents/responsable légal :					
Je soussigné(e),					
Я, нижчепідписаний(а),					
Parent/responsable légal 1 :					
Батько/законний опікун 1 :					
Parent/responsable légal 2 :					
Мати/законний опікун 2 :					

autorise le centre de vaccination à vacciner contre les HPV l'enfant ci-dessus désigné :					
дозволяю центру вакцинації зробити щеплення проти ВПЛ вказаній вище дитині :					
HPV (Papillomavirus) – 2 injections à 6 mois d'int	PV (Papillomavirus) – 2 injections à 6 mois d'intervalle si l'enfant n'est pas vacciné Oui □ Non □				
ВПЛ (папіломавірус) — 2 ін'єкції з інтервалом у 6 місяців, якщо дитина раніше не мала щеплення Так □ Ні □					
HPV (Papillomavirus) – une injection de rappel si l'enfant a déjà reçu une dose de vaccin depuis plus de 6 mois Oui □ Non □					
ВПЛ (папіломавірус) — бустерну ін'єкцію, якщо дитина вже отримала щеплення більше 6 місяців Так □ Hi □					
L'enfant devra être muni de son carnet de santé ou	u de vaccination le jour de la séance de vaccination.				
У день вакцинації дитина повинна мати при со	бі медичну картку або щоденник щеплення.				
À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal :					
Заповнити у разі підпису від одного законного	представника:				
Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant	ci-dessus désigné.				
Я заявляю, що я є єдиним законним опікуном	дитини, зазначеної вище.				
☐ Je déclare sur l'honneur que le second responsable légal de l'enfant : Monsieur, Madame,					
□ Я заявляю, що другий законний опікун дитини: пан, пані, , не може фізично підписати цю форму, але дав(ла) свій					
дозвіл на вакцину, позначену вище².					
Date:	Signature(s):				
Дата :	Підпис(и) :				

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

 $^{^1}$ Якщо ϵ , вкажіть номер державної медичної допомоги (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'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).

² Вакцинація неповнолітніх вимагає дозволу обох осіб, що мають батьківські повноваження. Таким чином, у разі підпису лише одного з батьків через фізичну неможливість підписання іншим, підписувач офіційно декларує, що друга особа, яка має батьківські повноваження, надала 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).

ДОДАТКОВИЙ ДОЗВІЛ НА ІНШУ ВАКЦИНАІЮ

Je soussigne(e),							
Я, нижчепідписаний(-а),							
Parent/responsable légal 1 :							
Батько/законний опікун 1 :							
Parent/responsable légal 2 :							
Мати/законний опікун 2 :							
J'autorise également le centre de vaccination à vacciner si nécessaire l'enfant ci-dessus désigné pour le ou les vaccinations suivantes :							
	вволяю центру щеплення вакцинувати, якщо необхідно, и наступних видів щеплення :	дитину,	зазнач	ену виц	це, для		
	Diphtérie, Tétanos, Polio, Coqueluche	Oui		Non			
	Дифтерія, правець, поліомієліт, кашлюк	Так		Hi			
	Rougeole, Oreillons, Rubéole	Oui		Non			
	Кір, паротит, краснуха	Так		Hi			
	Hépatite B	Oui		Non			
	Гепатит В	Так		Hi			
	Méningite à méningocoque C	Oui		Non			
	Менінгококовий менінгіт С	Так		Hi			
À noter que p	lusieurs vaccins peuvent être administrés aux enfants au cours d'	'une mêm	ne séance	2.			
Зверніть ува	агу, що під час одного сеансу дітям можна вводити кілька	вакцин.					
L'enfant devra être muni de son carnet de santé ou de vaccination le jour de la séance de vaccination. У день вакцинації дитина повинна мати при собі медичну картку або щоденник щеплення.							
À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal : Заповнити у разі підпису від одного законного представника:							
☐ Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné.							
\square Я заявляю, що я ε ε диним законним 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 les vaccins cochés ci-dessus¹.							

	другий законний опікун дитини: пан, пані, ıy, але дав(-ла) свій дозвіл на вакцини, позначені виц	, не може фізично це¹.
Date :	Signature(s):	
Дата :	Підпис(-и) :	

Mentions d'information informatiques et libertés :

Положення про комп'ютерну інформацію та свободи:

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.

Ця кампанія щодо щеплення передбачає здійснення обробки персональних даних.

Зокрема, бланки авторизації на вакцинацію будуть використовуватися структурами та центрами вакцинації, мобілізованими ARS, з метою організації національної кампанії вакцинації проти інфекцій, викликаних вірусом папіломи людини, і 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 вакцинації вашої дитини. Школа вашої дитини несе виключну відповідальність за збір, від імені цих контролерів даних, цього заповненого вами дозволу, який вона 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 їхній 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. Керівник установи робить це без зволікання та будь-яким способом передає запити щодо реалізації прав людей до територіально компетентного центру або структури

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 cotitulaire 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).

¹ Вакцинація неповнолітніх вимагає дозволу обох осіб, що мають батьківські повноваження. Таким чином, у разі підпису лише одного з батьків через фізичну неможливість підписання іншим, підписувач офіційно декларує, що друга особа, яка має батьківські повноваження, надала 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).

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 медичній страхувальній службі необхідних елементів для покриття цих вакцин та, з іншого боку, з метою надсилання агрегованих і не номінативних даних до Національного агентства громадської охорони здоров'я/Santé Publique France відповідно до його місій з моніторингу та нагляду за санітарною та епідеміологічною ситуацією.

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