

AUTORISATION PARENTALE COMPLÉMENTAIRE POUR LES AUTRES VACCINATIONS QUE LA VACCINATION
CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS
ՄԱՐԴՈՒ ՊԱՊԻԼՈՄԱՎԻՐՈՒՄՆԵՐԻՑ ՏԱՐԲԵՐ ԱՅԼ ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ ԾՆՈՂՆԵՐԻ ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ
ԹՈՒՅԼՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

(Information sur les vaccins et sur la séance de vaccination au verso de cette page)
(Պատվաստման փուլի և պատվաստանյութերի մասին տեղեկություններն առկա են այս էջի մյուս կողմում)

Nom / Ազգանուն. _____ Prénom / Անուն. _____
Date de naissance de l'enfant / Երեխայի ծննդյան ամսաթիվը. ____ / ____ / ____ Sexe / Սեռը. ☐ F / ☐ U ☐ G / S
Nom du collège / Քոլեջի անվանումը. _____ Commune du collège / Քոլեջի քաղաքը. _____

	Parent / Responsable légal 1 Ծնող/օրինական ներկայացուցիչ 1	Parent / Responsable légal 2 Ծնող/օրինական ներկայացուցիչ 2
Nom – Prénom / Ազգանուն - Անուն		
Téléphone portable / Բջջային հեռախոսահամարը		
Numéro de sécurité sociale ¹ Սոցիալական ապահովագրության համարը ¹	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Régime de sécurité sociale Սոցիալական ապահովագրության համակարգը	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre / Այլ : _____	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre / Այլ : _____
Ces informations figurent sur l'attestation de droits de l'enfant ou du/des parent(s) auquel(s) il est rattaché. Celle-ci est disponible sur le compte Ameli : https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits . Vous pouvez, si vous le souhaitez, joindre cette attestation au formulaire d'autorisation parentale afin de faciliter les démarches. Այս տվյալներն առկա երեխայի կամ ծնող(ներ)ի իրավունքների տեղեկանքում, որին(որոնց) նա կցված է: Այդ տեղեկանքը հասանելի է Ameli կայքի էջում. : https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits : Ցանքության դեպքում՝ դուք կարող եք այդ տեղեկանքը կցել ծնողների թույլտվության ձևաթղթին՝ հետագա քայլերը հեշտացնելու նպատակով:		

Je soussigné(e), / Ես՝ _____

☐ **Autorise** le centre de vaccination à vacciner, si nécessaire, l'enfant ci-dessus désigné pour la ou les vaccinations recommandées listées ci-dessous (merci de cocher oui ou non pour toutes les vaccinations listées ci-dessous) / **Թույլ եմ տալիս** պատվաստման կենտրոնին, անհրաժեշտության դեպքում՝ վերոհիշյալ երեխային պատվաստելու համար ստորև նշված ու խորհուրդ տրվող պատվաստումով կամ պատվաստումներով (խնդրում ենք նշել այդ կամ ոչ ստորև թվարկված յուրաքանչյուր պատվաստման համար).

Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos, la Polio, et la Coqueluche Պատվաստում Դիֆթերիայի, Փայտացման, Պոլիոմիելիտի, Կապույտ հագի դեմ	Oui / Այո ☐ Non / Ոչ ☐
Vaccin contre la Rougeole, les Oreillons, la Rubéole Պատվաստում Կարմրուկի, Կարմրախտի, Խոզուկի դեմ	Oui / Այո ☐ Non / Ոչ ☐
Vaccin contre l'Hépatite B Պատվաստում Հեպատիտ B-ի դեմ	Oui / Այո ☐ Non / Ոչ ☐
Vaccin contre la Méningite à méningocoque ACWY Պատվաստում ACWV Մենինգոկոկային մենինգիտի դեմ	Oui / Այո ☐ Non / Ոչ ☐

À noter que plusieurs vaccins peuvent être administrés aux enfants au cours d'une même séance.
Հարկ է նշել, որ նույն օրը մի քանի պատվաստանյութ կարող է ներարկվել երեխաներին:

L'enfant devra impérativement être muni de son carnet de santé ou de vaccination le jour de la séance de vaccination.
Պատվաստման օրը երեխան իր հետ պետք է պարտադիր ունենա իր բժշկական քարտը կամ պատվաստումների քարտը:

☐ **N'autorise pas** le centre de vaccination à vacciner si nécessaire l'enfant ci-dessus désigné pour le ou les vaccinations recommandées pour mon enfant. / **Թույլ չեմ տալիս** պատվաստման կենտրոնին՝ վերոհիշյալ երեխային պատվաստելու համար՝ իմ երեխային խորհուրդ տրվող պատվաստումով կամ պատվաստումներով

Date / Ամսաթիվ. ____ / ____ / 20__

En cas de signature électronique, le parent/responsable légal signataire, déclare sur l'honneur que l'autre parent/responsable légal a donné son autorisation. En cas de signature sur papier, les deux parents /responsables légaux doivent signer.
Էլեկտրոնային ստորագրության դեպքում՝ ծնող/օրինական ներկայացուցիչը հաստատում է, որ մյուս ծնողը/օրինական ներկայացուցիչը տվել է իր համաձայնությունը: Թղթային ստորագրության դեպքում՝ երկու ծնողները/օրինական ներկայացուցիչները պետք է ստորագրեն:

Signature Parent/Responsable légal 1 : 1 Ծնողի/օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը	Signature Parent/Responsable légal 2 : 2 Ծնողի/օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը
--	--

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal² / Լրացնել, եթե միայն մեկ օրինական ներկայացուցիչ ստորագրություն է առկա² :

☐ Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné. / Ես հաստատում եմ, որ երեխայի միակ օրինական ներկայացուցիչն եմ:
☐ 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. / Ես հաստատում եմ, որ երեխայի երկրորդ օրինական ներկայացուցիչը՝ Պարոն, Տիկին _____, ֆիզիկապես չի կարողացել ստորագրել սույն ձևաթուղթը, սակայն ստորև նշված պատվաստումների համար տվել է իր համաձայնությունը

Date / Ամսաթիվ. ____ / ____ / 20__
Signature du seul Parent/Responsable légal 1 / Միակ ծնողի/1 օրինական ներկայացուցչի ստորագրություն.

VOIR PAGE SUIVANTE
ՏԵՄ ՀԱՁՈՐԴ ԷՋԸ

¹ Le cas échéant, indiquer le numéro Aide médicale de l'Etat (numéro de sécurité sociale temporaire).
Անհրաժեշտության դեպքում՝ նշել պետական բժշկական օգնության համարը (Ժամանակավոր սոցիալական ապահովագրության համարը):
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'avérerait inexacte ou fautive, 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).
Անչափահասների պատվաստման դեպքում ծնողական լիազորություններով օժտված երկու անձանց համաձայնությունը պարտադիր է: Այսպիսով, միայն մեկ ծնողի ստորագրության պարագայում՝ երկրորդ ծնողի ֆիզիկական անկարողության դեպքում, ստորագրող ծնողը պարտավորվում է հաստատել, որ ծնողական լիազորությամբ օժտված երկրորդ ծնողը տվել է իր համաձայնությունը: Անձը պատասխանատվություն է կրում տրամադրած ցանկացած կեղծ հայտարարության կամ տեղեկության համար, և նա կարող է դատապարտվել է մեկ տարի ազատազրկման կամ 15 000 եվրո տուգանքի (քրեական օրենսգրքի 441-7 հոդված):

INFORMATIONS SUR LES VACCINS ՊԱՏՎԱՍՏԱՆՅՈՒԹԵՐԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Այն պատվաստանյութերը, որոնցով պատվաստվելու է ձեր երեխան, ապահով են, արդյունավետ և խորհուրդ են տրվում ամբողջ աշխարհի առողջապահական կազմակերպությունների կողմից: Պատվաստանյութերը կարող են առաջացնել որոշ կողմնակի ազդեցություններ, որոնք հիմնականում լուրջ չեն:

Պատվաստանյութի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ կարող եք ստանալ դեղորայքների ու առողջապահության ապրանքների անվտանգության ազգային Գործակալության պաշտոնական կայքում. www.ansm.santé.fr կամ սկան անելով հետևյալ QR կոդը.



ՊԱՏՎԱՍՏՄԱՆ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԸՆԹԱՅՔԸ

Այնուհետև ձեր երեխային կներարկվի պատվաստանյութ այն պատվաստման կամ պատվաստումների համար՝ որոնք պետք է թարմացվեն իրեն՝ դրա համար նախատեսված կոնֆիդենցիալ վայրում: Չնայած այն հանգամանքին, որ ուշագնացության դեպքերը շատ հազվադեպ են, ձեր երեխան կմնա բժշկական անձնակազմի հսկողության ներքո պատվաստումը կամ պատվաստումներն իրականացնելուց հետո՝ 15 րոպեի ընթացքում:

ԹՎԱՅՆԱՑՄԱՆ ՈՒ ԱԶԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿԱՑՎԱԿԱՆ ԱԿՆԱՐԿ

Պատվաստման սույն ծրագիրն իր մեջ ներառում է անձնական բնույթի տվյալների մշակում:

Մասնավորապես՝ Մարդու պալիլոմավիրուսի դեմ պատվաստման ու այլ պատվաստումների իրականացման ազգային ծրագրի շրջանակներում Առողջապահության Տարածքային Գործակալությունների կողմից լիազորված պատվաստման կենտրոններն ու կառույցներն օգտագործելու են պատվաստումներն իրականացնելու համար նախատեսված համաձայնության ձևաթղթեր: Սույն կանխարգելիչ միջոցառումներն իրականացվում են Առողջապահության Տարածքային համապատասխան Գործակալության և ձեր երեխայի պատվաստումն իրականացնելու համար Առողջապահության Տարածքային Գործակալությունների կողմից լիազորված պատվաստման կենտրոնների ու կառույցների համատեղ պատասխանատվության ներքո:

Ձեր երեխայի ուսումնական հաստատությունը պարտավորվում է ստանալ միայն ձեր կողմից լրացված սույն համաձայնությունը, որն այնուհետև փոխանցում է պատվաստման կենտրոններին ու կառույցներին: Փաստաթղթերի այդ փոխանցումն իրականացվում է դրոշմված ու փակ ծրարում. հետևաբար՝ հաստատությունները չեն կարող ծանոթանալ դրանցում առկա տեղեկություններին ու տվյալներին:

Հավաքագրված տեղեկությունները կարող են ստանալ միայն պետության տարածքում Առողջապահության Տարածքային Գործակալությունների կողմից նշանակված առողջապահական կենտրոնների լիազորված աշխատակիցները: Սույն կառույցները կարող են պահպանել այդ տեղեկությունները՝ պատասխանատվության հնարավոր հետազոտություններն իրականացնելու նպատակով:

Համաձայնության ձևաթղթի մշակման ժամանակ դրանում պարունակվող տեղեկությունների հասանելիության, այդ տեղեկություններում փոփոխություններ, լրացումներ, սահմանափակումներ ու հակադրումներ կատարելու իրավունքներն իրականացվում են հաստատության ղեկավարի ներկայությամբ՝ տվյալների պաշտպանության ընդհանուր կանոնադրության (RGPD) 15, 16, 18 և 21 հոդվածների համաձայն: Հաստատության ղեկավարն անմիջապես ու ցանկացած եղանակով պատվաստումների համար պատասխանատու տարածքային կենտրոնին փոխանցում է կենտրոնում ներկա անձանց դիմումները՝ իրենց իրավունքներից օգտվելու մասին:

Նույն կերպ, դուք կարող եք իրականացնել ձեր իրավունքները՝ թվայնացման, փաստաթղթերի ու ազատությունների մասին 1978 թ-ի հունվարի 6-ի N°78-17 օրենքի 85 հոդվածի համաձայն:

Բացի այդ, հաստատությունում պատվաստումներն իրականացնելուց հետո այդ ձևաթղթերը մի կողմից կօգտագործեն պատվաստումների կենտրոնները ու կառույցները՝ պատվաստման ծախսերը հոգալու նպատակով ապահովագրական կազմակերպություններին անհրաժեշտ տվյալները տրամադրելու համար, իսկ մյուս կողմից՝ հավաստի ու ոչ անվանական տվյալները Հասարակական Առողջապահության Ազգային Գործակալության /Ֆրանսիայի Հասարակական Առողջապահություն/ տրամադրելու համար՝ առողջապահության պահպանման ու համաճարակաբանության հսկողության ոլորտում իրենց գործառնությունների շրջանակում:

Սույն կանխարգելիչ միջոցառումների մասին լրացուցիչ տեղեկությունները հասանելի են առողջապահության նախարարության և առողջապահության շրջանային գործակալությունների ինտերնետային կայքում: