

AUTORISATION PARENTALE COMPLÉMENTAIRE POUR LES AUTRES VACCINATIONS QUE LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS

ہیومن پاپیلوما وائرس کے خلاف ویکسینیشن کے علاوہ ویکسینیشن کے لیے والدین کی اضافی اجازت

(Information sur les vaccins et sur la séance de vaccination au verso de cette page)

(اس صفحہ کے پچھلے حصے پر ویکسین اور ویکسینیشن سیشن کے بارے میں معلومات)

Nom : _____ آخری نام :

Prénom : _____ پہلا نام :

Date de naissance de l'enfant : ____ / ____ / ____ بچے کی تاریخ پیدائش :

Sexe : ☐ F ☐ G جنس : ☐ لڑکی ☐ لڑکا

Nom du collège : _____ کالج کا نام :

Commune du collège : _____ کالج کا علاقہ :

	Parent / Responsable légal 1 والدین/قانونی سرپرست 1	Parent / Responsable légal 2 والدین/قانونی سرپرست 2
Nom - Prénom / پہلا اور آخری نام		
Téléphone portable / سیل فون		
Numéro de sécurité sociale ¹ سوشل سیکورٹی نمبر ¹		
Régime de sécurité sociale سوشل سیکورٹی سسٹم	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre / نیگر : _____	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre / نیگر : _____

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.

یہ معلومات بچے یا والدین (والدین) کے حقوق کے سرٹیفکیٹ پر ظاہر ہوتی ہیں جن سے وہ منسلک ہے۔ یہ پر دستیاب ہے۔
اکاؤنٹ : <https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits> - آپ، اگر آپ چاہیں تو، طریقہ کار کو آسان بنانے کے لیے اس سرٹیفکیٹ کو والدین کی اجازت کے فارم کے ساتھ منسلک کر سکتے ہیں۔

Je soussigné(e), _____ میں زیر دستخطی

☐ 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) :

☐ ویکسینیشن سیشن کو ویکسین لگانے کی اجازت دیتا ہے، اگر ضروری ہو تو، ذیل میں درج تجویز کردہ ویکسینیشن کے لیے اوپر نامزد بچے کو (براہ کرم ذیل میں دی گئی تمام ویکسینیشن کے لیے ہاں یا نہیں چیک کریں):

Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos, la Polio, et la Coqueluche Oui ☐ جی ہاں / Non ☐ نہیں

خناق، تشنج، پولیو، اور کالی کھانسی کے خلاف ویکسین

Vaccin contre la Rougeole, les Oreillons, la Rubéole Oui ☐ جی ہاں / Non ☐ نہیں

خسرہ، ممپس، روبیلا کے خلاف ویکسین

Vaccin contre l'Hépatite B Oui ☐ جی ہاں / Non ☐ نہیں

ہیپاٹائٹس بی ویکسین

Vaccin contre la Méningite à méningocoque ACWY Oui ☐ جی ہاں / Non ☐ نہیں

مینگوکوکال میننگائٹس ویکسین ACWY

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 impérativement être muni de son carnet de santé ou de vaccination le jour de la séance de vaccination.

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

☐ 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.

☐ اگر ضروری ہو تو، میرے بچے کے لیے تجویز کردہ ویکسینیشن کے لیے اوپر نامزد کردہ بچے کو ویکسینیشن سیشن کو ٹیکہ لگانے کی اجازت نہیں دیتا۔

Date : ____ / ____ / 20____ تاریخ

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.

الیکٹرانک دستخط کی صورت میں، دستخط کرنے والے والدین/قانونی سرپرست اپنے اعزاز پر یہ اعلان کرتے ہیں کہ دوسرے والدین/قانونی سرپرست نے انہیں اجازت دی ہے۔ اگر کاغذ پر دستخط کر رہے ہیں، تو والدین/سرپرست دونوں کو دستخط کرنا ہوں گے۔

Signature Parent/Responsable légal 1 :

دستخط والدین/قانونی سرپرست 1 :

Signature Parent/Responsable légal 2 :

دستخط والدین/قانونی سرپرست 2 :

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal² :

☐ 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-dessus.

اگر کسی ایک قانونی نمائندے کے دستخط ہوں تو اسے مکمل کیا جائے۔

☐ میں اعلان کرتا ہوں کہ میں مذکورہ بچے کا واحد قانونی سرپرست ہوں۔

☐ میں اپنے اعزاز کے ساتھ اعلان کرتا ہوں کہ بچے کے دوسرے قانونی سرپرست: مسٹر، مسز _____، کو اس فارم پر دستخط کرنے سے مادی طور پر روکا گیا ہے لیکن انہوں نے اوپر چیک کی گئی ویکسین کے لیے اپنا اختیار دے دیا ہے۔

Date : ____ / ____ / 20____ تاریخ

Signature du seul Parent/Responsable légal 1 :

احد والدین یا قانونی سرپرست کے دستخط 1 :

VOIR PAGE SUIVANTE

اگلا صفحہ دیکھیں

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'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).

نابالغوں کی ویکسینیشن کے لیے والدین کے اختیار کے دونوں حاملین کی اجازت دیکر ہوتی ہے۔ اس طرح، دوسرے والدین کے لیے دستخط کرنے کی مادی ناممکنیت کی وجہ سے صرف ایک والدین کے دستخط کی صورت میں، دستخط کنندہ اپنے اعزاز پر یہ ذمہ داری قبول کرتا ہے کہ والدین کے اختیار کے شریک ہولڈر نے ان کی رضامندی دی ہے۔ کوئی بھی اعلان یا معلومات جو غلط یا غلط ثابت ہوتی ہے اس کی واحد ذمہ داری عائد ہوتی ہے اور اس کی سزا ایک سال کی قید اور 15,000 یورو (تجزیات کوڈ کی دفعہ 441-7) کی سزا ہو سکتی ہے۔

INFORMATIONS SUR LES VACCINS

ویکسین کی معلومات

آپ کے بچے کو جو ویکسین لگائی جائیں گی وہ محفوظ، موثر اور دنیا بھر کے ہیلتھ حکام کے ذریعہ تجویز کردہ ہیں۔ ویکسین کچھ ضمنی اثرات کا سبب بن سکتی ہیں اور اکثریت ہلکی ہوتی ہے۔

آپ کو ویکسین کے بارے میں مزید معلومات نیشنل ایجنسی فار دی سیفٹی آف میڈیسن اینڈ ہیلتھ پروڈکٹس کی ویب سائٹ پر ملیں گی : www.ansm.santé.fr یا نیچے کیو آر کوڈ کو اسکین کر کے



ویکسینیشن سیشن کی پیشرفت

ویکسینیشن سیشن سے پہلے، میڈیکل ٹیم آپ کے بچے سے بات کرے گی اور اس کا صحت کا ریکارڈ چیک کرے گی۔ اس کے بعد آپ کے بچے کو ایک خفیہ جگہ میں اس ویکسین کا انجکشن ملے گا جس کے لیے وہ آپ کو ڈیٹ نہیں ہے۔ انجیکشن کے بعد، اگرچہ بیہوش ہونے کے واقعات غیر معمولی ہیں، لیکن آپ کا بچہ ویکسین کے انجیکشن کے بعد 15 منٹ تک طبی ٹیم کی نگرانی میں رہے گا۔

کمپیوٹر کی معلومات اور آزادی کے نوٹس

اس ویکسینیشن مہم میں ذاتی ڈیٹا کی پروسیسنگ پر عمل درآمد شامل ہے۔ خاص طور پر، ویکسینیشن کی اجازت کے فارم کا استعمال، ویکسینیشن ڈھانچے اور **ARS** کے ذریعے متحرک کیا جائے گا، انسانی پیپیلوما وائرس کے انفیکشن کے خلاف قومی ویکسینیشن مہم کو منظم کرنے اور دیگر ویکسین کے ممکنہ حصول کے لیے۔ یہ علاج قابل علاقائی صحت ایجنسی اور آپ کے بچے کی ویکسینیشن کرنے والے **ARS** کے ذریعہ نامزد کردہ ویکسینیشن سینٹر یا روک تھام کے ڈھانچے کی مشترکہ ذمہ داری کے تحت لاگو ہوتے ہیں۔

آپ کے بچے کا تعلیمی ادارہ مکمل طور پر ان ڈیٹا کنٹرولرز کی جانب سے جمع کرنے کی ذمہ دار ہے، یہ اجازت آپ کی طرف سے مکمل کی گئی ہے، جیسے وہ پھر ویکسینیشن سینٹر یا ڈھانچے کو منتقل کر دیتی ہے۔ یہ ترسیل سیل بند لفافے میں کی جاتی ہے اور اس لیے ادارے اس میں موجود معلومات سے واقف نہیں ہیں۔

اکٹھے کیے گئے ڈیٹا کے صرف وصول کنندگان ہی اپنے علاقے میں آے آر ایس کے ذریعہ نامزد کردہ صحت کے ڈھانچے کے اندر مجاز اہلکار ہیں۔ انہیں ان اداروں کے ذریعہ ممکنہ ذمہ داری کی تحقیقات کے مقاصد کے لیے رکھا جا سکتا ہے۔

جی ڈی پی آر کے آرٹیکل 15، 16، 18 اور 21 کے ذریعے فراہم کردہ رسائی، اصلاح، حد بندی اور مخالفت کے حقوق اسٹیبلشمنٹ کے سربراہ کے ساتھ اجازت فارم کی وصولی سے متعلق اس پروسیسنگ کے حوالے سے استعمال کیے جاتے ہیں۔ یہ بغیر کسی تاخیر کے منتقل ہوتا ہے اور کسی بھی طرح سے، علاقائی طور پر قابل ویکسینیشن سینٹر یا ڈھانچے میں لوگوں کے حقوق استعمال کرنے کی درخواست کرتا ہے۔

اسی طرح، آپ 6 جنوری 1978 کے قانون نمبر 78-17 کے آرٹیکل 85 میں فراہم کردہ حقوق کو استعمال کر سکتے ہیں جو ڈیٹا پروسیسنگ، فائلوں اور آزادیوں سے متعلق ہے۔

مزید برآں، ان فارموں کا استعمال اسٹیبلشمنٹ کے اندر ویکسی نیشن کے عمل کے بعد، انہی ویکسینیشن مراکز اور ڈھانچے کے ذریعے، ایک طرف، ہیلتھ انشورنس کو ان ویکسینز کی کوریج کے لیے ضروری عناصر بھیجنے کے لیے کیا جائے گا اور دوسری طرف، صحت کی نگرانی اور نگرانی کے مشن کے مطابق، نیشنل پبلک ہیلتھ ایجنسی/سائٹی پبلک فرانس کو مجموعی اور غیر نامزد ڈیٹا بھیجنے کے مقاصد کے لیے۔

ان علاجوں کے بارے میں اضافی معلومات آپ کو وزارت صحت اور **ARS** کی ویب سائٹ پر دستیاب ہیں