

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

د انسانی پاپیلوماویروس په وراندي د واکسین کولو پورته د نورو واکسینونو لپاره د والدینو اضافي اجازه

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

(د واکسین په اړه او د واکسین کولو د دورې په اړه معلومات د همدي پانۍ په شا وکوري)

Nom : _____ نوم : _____

لومړی نوم : _____

Date de naissance de l'enfant : ____ / ____ / ____ د ماشوم د زیرون نیټه : _____

جنس : F G جنس : شنځه نر

Nom du collège : _____ د کالج یا بنوونځی نوم : _____

Commune du collège : _____ د کالج یا بنوونځی خای : _____

	Parent / Responsable légal 1 والدين / قانوني مسؤول 1	Parent / Responsable légal 2 والدين / قانوني مسؤول 2
Nom – Prénom /	نوم – لومړی نوم	
Téléphone portable /	موبایل شمیره	
Numéro de sécurité sociale ¹	د شووش سیکوریتی شمیره ¹	_____
Régime de sécurité sociale	د شووش سیکوریتی سیستم	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre / _____ <input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre / _____

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.

دا معلومات د ماشوم یا مور او پلار د حقوقو په سند کي څرګذیري چې هغه ورسه تراو لري. دا د Ameli په اکاؤنټ کي شتون لري. تاسو وغواړئ نو تاسو کولی شي چې د سند د والدینو د اجازې فورمي سره ضميمه کړئ ترڅو پروسېږونه اسانه کړي.
<https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits>.

Je soussigné(e), _____ زه لاسلیک کونکی

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) :

د واکسین مرکز ته اجازه ورکوم چې، که اړتیا وي، دغه پورته ذکر شوی ماشوم ته دغه لاندی لیست شوی واکسین یا واکسینونه واکسین کړي (مهرباني وکړي د وکړي) :

Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos, la Polio, et la Coqueluche	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	د دېپټېریا، تېتانوس، پولیو، او د خولی توختې په وراندي د واکسین
Vaccin contre la Rougeole, les Oreillons, la Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	د شرۍ، ممېس، روپیلا په وراندي د واکسین
Vaccin contre l'Hépatite B	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	د هېپاتائیتس بې واکسین
Vaccin contre la Méningite à méningocoque ACWY	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	د منینګوکول مننځائیتس واکسین ACWY

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

مهرباني وکړي په یاد واری چې د ورته ناستې په جریان کي ماشومانو ته څو واکسینونه ورکول کیدی شي.

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

ماشوم باید د واکسین کولو په ورخ د خپل روغتیا یا د واکسین کارت ولري.

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.

د واکسین مرکز ته اجازه نه ورکوم چې، که اړتیا وي، زما دغه پورته ذکر شوی ماشوم ته سپاریست شوی واکسین یا واکسینونه واکسین شي.

Date : ____ / ____ / 20____ نیټه

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.

د الکترونیکی لاسلیک په صورت کي، لاسلیک کونکی مور یا پلار / قانوني مسؤول اعلان کوي چې بل مور یا پلار / قانوني مسؤولین باید لاسلیک کولو په صورت کي، دواړه مور او پلار / قانوني مسؤولین باید لاسلیک کړي.

Signature Parent/Responsable légal 1 :

د مور یا پلار / قانوني مسؤول 1 لاسلیک :

Signature Parent/Responsable légal 2 :

د مور یا پلار / قانوني مسؤول 2 لاسلیک :

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.

د یو قانوني مسؤول په صورت کي دغه لاندی بشیر کړي²:

_____، په مادي توګه د دی فورمي لاسلیک کولو ته نشي راتلی مګر د پورته چک زه په خپل ویار اعلان کوم چې د ماشوم ده قانوني مسؤول: بناغلي، أغلي شوی واکسینونه لپاره یې خپل واک ورکړي دی.

Date : ____ / ____ / 20____ نیټه

Signature du seul Parent/Responsable légal 1 :

د یو پلار یا مور / قانوني مسؤول 1 لاسلیک :

VOIR PAGE SUIVANTE

دغه ورپسي مخ وکوري

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 pénal).

2 د چنډانو واکسین کول د والدینو یعنی د مور او پلار دواړو اجازه ته اړتیا لري. په ندي توګه، په الدینو کي د یو مور او پلار د لاسلیک نه کړید په صورت کي، لاسلیک کونکی دا ژمنه کوي چې لاسلیک نه کړید په صورت کي، لاسلیک کونکی دا ژمنه کړي. هر هفه اعلاميہ با معلومات چې غلط ویا غلط ثابت شئی نو دغه کس پوازنيکي مسؤولیت دی او د یو کل بند او 15,000 یورو جریمه امکان لري (د جزا کونه پاڼل کړد اړتیکل 441-7).

دغه تول واکسینونه چې ستاسو ماشوم به پري واکسين شې، دغه تول خوندي او اغیزمن واکسینونه دی چې د تولی نږي د طبی چارواکو لخوا سپارشنل شوی دي. د دېرو خلکو لپاره، دا واکسين کولي شي خینې ثانوي او معنډل اړخیزې اغیزې رامینځته کري.

تاسو د واکسين په اړه نور معلومات د درملو او روغتیابي محسولاتو د خونديتوب ملي اداري په دغه ويب پاڼه www.ansm.santé.fr کي ترلاسه کولي شي. او یا د دغه لاندي د QR کود په سکين کولو سره.



د واکسینو د دوری پرمختګ

د واکسين کولو د دوری څخه مخکي، طبی تيم به ستاسو د ماشوم سره خبری کوي او د هغه د روغتیابي ریکارڈ به گوري. به بیا ستاسو ماشوم ته په یو محرم خای کي د یو یا دېر واکسينو هغه انجیکشن ووهل شي کوم چې هغه ته لا نه وي و هل شوی. د انجیکشن وروسته، که څه هم د یو هونه کیدو د بیښې امکان کم وي، خو بیا هم ستاسو ماشوم به د واکسين د انجیکشن وروسته د 15 دقیقونه لپاره د طبی تيم تر خارني لاندي وي.

معلوماتو او پیتا د کارولو او محافظت په اړه

د واکسين کولو دا کمپانۍ کي د شخصي معلوماتو پروسس کولو پلي کول شامل دي. په خانګري توګه، د انساني پاپیلوما وبروس انتانتو په وراندي د واکسين کولو ملې کمپانۍ تنظیمولو او د نورو واکسینو د احتمالي تکراری دوری لپاره، د واکسين کولو د اجازي فورمي به د ARS لخوا منحرګ شوي د واکسينو مرکزونو لخوا کارول کېږي. د ور سيمه ایزې روغتیابي اداري لخوا، او یا د ARS لخوا تاکل شوی د واکسين مرکز با د نارو غيو د مخنبوی مرکز د کډ مسوليت لاندي دغه د دېتا پروسس پلي کېږي کوم چې ستاسو د ماشوم واکسين ترسره کوي. د معلوماتو او دیټا مسؤولنو لپاره، یوازې ستاسو د ماشوم تعلیمي اداره ستاسو لخوا بشير شوو د اجازي فورمو د راتولولو مسؤوليت لري، کوم چې بیا د واکسينو مرکز ته لېږدول کېږي. د لېږد په یوه مهر شوي لفافه کي ترسره کېږي او دغه اداري په دغه لفافو کي موجود معلوماتو څخه خبر نه وي. د دغه راتول شوي معلوماتو ترلاسه کونکي په روغتیابي مرکزونو کي یوازې مجاز افسران وي، کوم چې د دوى په سيمه کي د ARS لخوا تاکل شوی وي. امکان لري چې دغه معلومات د دغه ادارو لخوا د احتمالي تحقیقی موخو لپاره وسائل شي.

د اجازي د فورمو د راتولولو د پروسس پوري اروند د لارسي، د اصلاح، د محدوديت او د مخالفت حقوقه، کوم چې د RGPD قانون په 15، 16، 18 او 21 مادو کي ذکر شوي، د مرکز د مشر سره کارول کېږي. هغه د خلکو د حقوقونه برته له خنده او په هره طریقه د سیمې ور واکسين کولو مرکز يا دفترونو ته لېږدول کېږي.

په ورته دول، ستاسو کولي شي د معلوماتو پروسس کولو، فایلنو او ازادیو پوري اروند د 6 مې جنوری کال 1978 د قانون نمبر 78-17 په آربېکل 85 کي ورکړل شوي حقوقه وکاروی. سرېږد پردي، د مدنۍ واکسينو مرکزونو او دفترونو لخوا دا فورمي به په مرکز کي ترسره شوي د واکسين کولو عمل وروسته هم کارول کېږي، له یوی خوا، د دې واکسينو د پونښن لپاره ارین عناصر روغتیابي بیمه ته د لېږلول د موخو لپاره او، له بلی خوا، د عامې روغتیابي ملې اداري / د فرانسي عامه روغتیابي ته د راتول شوي او بې نومه معلوماتو لېږلول د موخو لپاره، د دوى د روغتیابي خارني او وباي په اړه اضافي معلومات تاسو ته د روغتیابي وزارت او ARS په ويب پاڼه ترلاسه کولي شي.