

**AUTORISATION PARENTALE COMPLÉMENTAIRE POUR LES AUTRES VACCINATIONS QUE LA VACCINATION CONTRE LES
PAPILLOMAVIRUS HUMAINS**
ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ НА ВАКЦИНАЦИЮ, КРОМЕ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

(Des informations sur la séance de vaccination et le vaccin figurent au verso de cette page)
Информация о вакцинах и сеансе вакцинации на обратной стороне этой страницы

Nom / Фамилия : _____ Prénom / Имя : _____

Date de naissance de l'enfant / Дата рождения ребенка : ____ / ____ / ____ Sexe / Пол : F / Ж G / M

Nom du collège / Название колледжа : _____ Commune du collège / Муниципалитет колледжа : _____

	Parent / Responsable légal 1 Родитель / Законный представитель 1	Parent / Responsable légal 2 Родитель / Законный представитель 2
Nom – Prénom / Фамилия – Имя		
Téléphone portable / Моб. телефон		
Numéro de sécurité sociale ¹ Номер соц. страхования ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime de sécurité sociale Режим соц. страхования	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre / Другое : _____	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre / Другое : _____
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. Эта информация указана в свидетельстве о праве на социальное страхование ребенка или родителя (родителей), за которым закреплен ребенок. Его можно найти на сайте Ameli : https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits . При желании свидетельство можно приложить к форме согласия, чтобы упростить процесс.		

Je soussigné(e), / Я, нижеподписавшийся (-аяся), _____

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) / **Даю разрешение** центру вакцинации при необходимости привить вышеуказанного ребенка рекомендуемой(ыми) вакциной(ами), перечисленной(ыми) ниже (пожалуйста, отметьте «да» или «нет» для всех перечисленных ниже вакцин)

Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos, la Polio, et la Coqueluche Oui / Да Non / Нет

Вакцина против дифтерии, столбняка, полиомиелита и коклюша

Vaccin contre la Rougeole, les Oreillons, la Rubéole Oui / Да Non / Нет

Вакцина против кори, паротита и краснухи

Vaccin contre l'Hépatite B Oui / Да Non / Нет

Вакцина против гепатита В

Vaccin contre la Méningite à méningocoque ACWY Oui / Да Non / Нет

Менингококковая вакцина АКДС

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

Обратите внимание, что за один прием ребёнку может быть введено несколько вакцин.

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

В день вакцинации детям необходимо иметь при себе медицинскую карту или карту прививок.

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. / **Не даю разрешение** центру вакцинации при необходимости сделать вышеуказанному ребенку рекомендованную(ые) для него (нее) прививку(и).

Date / Дата : ____ / ____ / 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.

В случае электронной подписи родитель/законный представитель, ставящий свою подпись, заявляет, что другой родитель/законный представитель дал свое разрешение. При подписании документа в бумажной форме оба родителя/законных представителя должны поставить свои подписи.

Signature Parent/Responsable légal 1 :

Подпись родителя/законного представителя 1 :

Signature Parent/Responsable légal 2 :

Подпись родителя/законного представителя 2 :

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal² / Заполняется, если подписывается одним законным представителем²:

Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné. / Я заявляю, что являюсь единственным законным представителем вышеуказанного ребенка

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. / Я ответственно заявляю, что второй законный представитель ребенка: _____, физически не может подписать эту форму, но дает свое разрешение на проведение вышеуказанных прививок.

Date / Дата : ____ / ____ / 20__

Signature du seul Parent/Responsable légal 1 / Подпись одного родителя/законного представителя 1 :

VOIR PAGE SUIVANTE
СМОТРЕТЬ СЛЕДУЮЩУЮ СТРАНИЦУ

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

При необходимости укажите номер Aide Médicale de l'Etat (временный номер социального страхования).

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).

Вакцинация несовершеннолетних требует согласия обоих родителей. Поэтому, если форму подписывает только один родитель, поскольку другой физически не может поставить свою подпись, подписавший обязуется под свою ответственность убедиться, что лицо, обладающее совместными родительскими правами, дало свое согласие. Ответственность за любое заявление или информацию, которые окажутся неточными или ложными, лежит исключительно на подписавшем лице и может караться тюремным заключением сроком на один год и штрафом в размере 15 000 евро (статья 441-7 Уголовного кодекса Франции).

INFORMATIONS SUR LES VACCINS ИНФОРМАЦИЯ О ВАКЦИНАХ

Вакцины, которыми будет привит ваш ребенок, безопасны, эффективны и рекомендованы органами здравоохранения во всем мире. Вакцины могут вызывать определенные побочные эффекты, большинство из которых являются легкими.

Более подробную информацию о вакцине вы можете найти на сайте Национального агентства по безопасности лекарственных средств и медицинских товаров: www.ansm.santé.fr или отсканировав QR-код ниже.



ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ

Перед проведением вакцинации медицинская бригада побеседует с вашим ребенком и проверит его медицинскую карту. Затем в конфиденциальной обстановке вашему ребенку будет сделана инъекция вакцины (вакцин), которая (которые) не были сделаны ему вовремя. Хотя обмороки случаются редко, после инъекции вакцины (вакцин) ваш ребенок будет находиться под наблюдением медицинской бригады в течение 15 минут.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОБРАБОТКЕ ДАННЫХ И ГРАЖДАНСКИХ СВОБОДАХ

Данная кампания по вакцинации предполагает обработку персональных данных.

В частности, формы согласия на вакцинацию будут использоваться структурами и центрами вакцинации, задействованными региональными центрами здравоохранения (ARS), для организации национальной кампании вакцинации против вируса папилломы человека и любых последующих вакцинаций. Эти процедуры проводятся под совместной ответственностью соответствующего регионального агентства здравоохранения и центра вакцинации или профилактической структуры, назначенной ARS для вакцинации вашего ребенка.

Школа вашего ребенка несет полную ответственность за сбор этого согласия, заполненного вами на имя контролеров данных, и отправку его в центр или учреждение, где проводится вакцинация. Это согласие отправляется в запечатанном конверте, поэтому школы не имеют доступа к содержащейся в нем информации.

Единственными получателями собранных данных являются уполномоченные сотрудники структур здравоохранения, назначенных ARS на их территории. Данные могут храниться этими структурами для целей расследования случаев наступления ответственности.

Права на доступ, исправление, ограничение и возражение, предусмотренные статьями 15, 16, 18 и 21 Общего регламента по защите данных, могут быть осуществлены руководителем учреждения в отношении обработки данных, связанных со сбором форм разрешения. Руководитель учреждения незамедлительно и любыми способами направит запросы на осуществление прав отдельных лиц в центр вакцинации или учреждение с территориальной юрисдикцией.

Аналогичным образом, вы можете воспользоваться своими правами в соответствии со статьей 85 закона № 78-17 от 6 января 1978 года, касающейся информационных технологий, файлов и гражданских свобод.

Кроме того, после проведения вакцинации в учреждении эти формы будут использоваться этими же центрами и учреждениями вакцинации, с одной стороны, для отправки в фонд медицинского страхования информации, необходимой для покрытия расходов на эти вакцины, и, с другой стороны, для отправки агрегированных и неименных данных в Национальное агентство общественного здоровья Франции в соответствии с его задачами по мониторингу здоровья и эпидемиологическому надзору.

Дополнительную информацию об этой обработке можно найти на сайте Министерства здравоохранения и ARS.