

**AUTORISATION PARENTALE COMPLÉMENTAIRE POUR LES AUTRES VACCINATIONS QUE LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS
DOPUNSKA SAGLASNOST RODITELJA ZA SPROVOĐENJE IMUNIZACIJE DRUGIM VAKCINAMA, OSIM VAKCINE ZA ZAŠTITU OD INFEKCIJE HUMANIM PAPILOMA
VIRUSOM**

*(Information sur les vaccins et sur la séance de vaccination au verso de cette page)
(Informacije o vakcinama i o samom postupku imunizacije nalaze se na polednjoj strani)*

Nom / Prezime : _____

Prénom / Ime : _____

Date de naissance de l'enfant / Datum rođenja deteta : ____ / ____ / ____

Sexe / Pol : ☐ F / ☐ Ž ☐ G / ☐ M

Nom du collège / Naziv škole : _____

Commune du collège / Opština na kojoj se škola nalazi : _____

	Parent/Responsable légal 1 Roditelj/Zakonski zastupnik 1	Parent/Responsable légal 2 Roditelj/zakonski zastupnik 2
Nom – Prénom / Prezime - Ime		
Téléphone portable / Mobilni telefon		
Numéro de sécurité sociale ¹ Broj zdravstvenog osiguranja ¹		
Régime de sécurité sociale Vrsta zdravstvenog osiguranja	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre / Drugo : _____	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre / Drugo : _____
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. Ovi podaci se nalaze na potvrdi o zdravstvenom osiguranju deteta ili roditelja za koga je dete vezano. Potvrdu možete konsultovati na Vašem nalogu Ameli : https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits . Ukoliko želite, ovu potvrdu možete da priložite uz obrazac za davanje saglasnosti roditelja kako biste olakšali proceduru.		

Je soussigné(e), / Ja, dole potpisani/a, _____

☐ **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) / Saglasan/na sam da centar za vakcinaciju, ako je to potrebno, sprovede imunizaciju dole navedenog deteta, sa navedenim preporučenim vakcinama (obeležiti sa DA ili NE, svaku od navedenih vakcina)

Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos, la Polio, et la Coqueluche

Oui / Da ☐ Non / Ne ☐

Vaccina protiv difterije, tetanusa, dečije paralize i velikog kašlja

Vaccin contre la Rougeole, les Oreillons, la Rubéole

Oui / Da ☐ Non / Ne ☐

Vaccina protiv malih boginja, zauški i rubeola

Vaccin contre l'Hépatite B

Oui / Da ☐ Non / Ne ☐

Vaccina protiv Hepatitisa B

Vaccin contre la Méningite à méningocoque ACWY

Oui / Da ☐ Non / Ne ☐

Vaccina protiv meningitisa izazvanog meningokokom ACWY

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

Napominjemo da je tokom jedne seanse imunizacije, decu moguće imunizovati sa više vakcina.

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

Na dan vakcinisanja, dete mora obavezno da ima kod sebe svoj zdravstveni ili vakcinacioni karton

☐ **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. / Nisam saglasan/na da centar za vakcinaciju po potrebi, sprovede imunizaciju dole navedenog deteta sa vakcinama koje su mu preporučene.

Date / Datum : ____ / ____ / 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.

U slučaju elektronskog potpisivanja, roditelj potpisnik i zakonski zastupnik deteta, daje časnu izjavu da je i drugi roditelj i zakonski zastupnik deteta saglasan. Ukoliko se potpisuje na papiru, potreban je potpis oba roditelja/zakonska zastupnika deteta.

Signature Parent/Responsable légal 1 :

Roditelj/Zakonski zastupnik 1

Signature Parent/Responsable légal 2 :

Roditelj/Zakonski zastupnik 2

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal² / Popuniti u slučaju da samo jedan nosilac roditeljskog prava potpisuje saglasnost² :

☐ Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné. / Izjavljujem da sam jedini nosilac roditeljskog prava nad dole navedenim detetom.

☐ 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. / Dajem časnu izjavu da je drugi nosilac roditeljskog prava nad detetom: gospodin, gospođa _____, materijalno sprečen/a da potpiše ovaj obrazac ali da je saglasan/na da se izvrši imunizacija sa dole štikliranim vakcinama.

Date / Datum : ____ / ____ / 20__

Signature du seul Parent/Responsable légal 1 / Potpis samo jednog roditelja/Zakonskog zastupnika 1 :

VOIR PAGE SUIVANTE
VIDI NA SLEDEĆOJ STRANI

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

Ukoliko postoji, navesti broj državne zdravstvene pomoći (privremeni broj zdravstvenog osiguranja)

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).

Za imunizaciju maloletnika potrebna je saglasnost oba nosioca roditeljskog prava. Tako da, kada je samo jedan roditelj potpisao zbog materijalne sprečenosti drugog roditelja, roditelj potpisnik daje časnu izjavu da je drugi nosilac roditeljskog prava takođe saglasan. Svaka izjava ili informacija za koju se ispostavi da je netačna ili krivotvorena, povlači za sobom ličnu odgovornost potpisnika i kažnjava se zatvorskom kaznom u trajanju od godinu dana i novčanom kaznom od 15000 evra (Član 441-7 Krivičnog zakonika)

INFORMATIONS SUR LES VACCINS

INFORMACIJE O VAKCINAMA

Vakcine kojima će se izvršiti imunizacija Vašeg deteta su bezbedne, efikasne i preporučene od strane zdravstvenih organa iz celog sveta. Vakcine mogu da izazovu određena neželjena dejstva od kojih je većina benigna.

Više informacija o vakcinama možete dobiti na sajtu Nacionalne agencije za bezbednost lekova i medicinskih sredstava: www.anism.sante.fr ili skeniranjem sledećeg QR koda.



ODVIJANJE POSTUPKA IMUNIZACIJE

Pre vakcinacije, medicinsko osoblje će razgovarati sa Vašim detetom i proveriti njegovu/njenu zdravstvenu knjižicu. Nakon toga, Vaše dete će u zaklonjenom prostoru biti imunizovano sa jednom ili više vakcina za koje je došlo vreme da ih primi. Iako su slučajevi nesvestice retki, posle izvršene imunizacije, Vaše dete će biti zadržano na posmatranju, pod nadzorom medicinskog osoblja, tokom narednih 15 minuta posle ubrizgavanja jedne ili više vakcina.

NAPOMENE O INFORMATIČKIM INFORMACIJAMA I SLOBODAMA

Ova kampanja imunizacije podrazumeva i obradu ličnih podataka.

Obrasce za davanje saglasnosti za imunizaciju će posebno koristiti ustanove i centri za vakcinaciju koje Regionalna zdravstvena organizacija uključi u organizovanje nacionalne kampanje imunizacije protiv infekcije humanim papiloma virusom i eventuelno, radi revakcinacije drugim vakcinama. Pomenuta obrada podataka, sprovodi se pod zajedničkom odgovornošću nadležne Regionalne zdravstvene organizacije i centra za vakcinaciju ili ustanove za prevenciju koje odredi RZO i koje budu sprovodile imunizaciju Vašeg deteta.

Školska ustanova koju pohađa Vaše dete, zadužena je samo da za potrebe ustanova nadležnih za obradu podataka, prikupi obrazac davanja saglasnosti koji ste Vi popunili, nakon čega ga prosleđuje centru ili ustanovi koja sprovodi imunizaciju. Prosleđivanje obrasca, vrši se u zapečaćenoj koverti, na takav način da predmetne ustanove nemaju uvid u informacije koje sadrži.

Primaoci prikupljenih podataka mogu biti samo ovlašćena lica pri zdravstvenim ustanovama koje je RZA odredila u tu svrhu, na području svoje nadležnosti. Pomenute ustanove mogu da čuvaju predmetne podatke, eventualno za potrebe utvrđivanja odgovornosti.

Pravo pristupa, korekcije, ograničenja i sporenja koje predviđaju članovi 15, 16, 18 i 21 Opšteg pravilnika o zaštiti ličnih podataka, vrši se obraćanjem rukovodiocu ustanove u vezi sa obradom podataka na osnovu prikupljenih obrazaca davanja saglasnosti. Zahteve za ostvarivanje ličnih prava, rukovodilac ustanove dostavlja centrima ili ustanovama za vakcinaciju koji su teritorijalno nadležni, bez odlaganja i na svaki raspoloživ način.

Takođe, imate mogućnost da ostvarite svoja prava predviđena članom 85 zakona br. 78-17 od 6. januara 1978. godine, u vezi sa informatikom, fajlovima i slobodama.

Osim toga, posle izvršene imunizacije u ustanovi, pomenute obrasce će koristiti taj isti centar ili ustanova za vakcinaciju, kako bi fondu za zdravstveno osiguranje mogli da proslede podatke koji su potrebni za snošenje troškova tih vakcina, kao i da bi se Nacionalnoj zdravstvenoj agenciji u Francuskoj, prosledili objedinjeni i ne nominativni podaci u skladu sa njenim zadacima sanitarnog nadzora i epidemiološkog posmatranja.

Dodatne informacije o obradi podataka možete konsultovati na Internet sajtu ministarstva nadležnog za zdravstvo i za RZA.