

HPV (Papillomavirus) – 2 injections à 6 mois d'intervalle si l'enfant n'est pas vacciné----- Oui Non

HPV (პაპილომავირუსი) - 2 ინექცია 6 თვის ინტერვალით, თუ ბავშვი არ არის აცრილი ----- დიახ არა

HPV (Papillomavirus) – une injection de rappel si l'enfant a déjà reçu une dose de vaccin depuis plus de 6 mois ----- Oui Non

HPV (პაპილომავირუსი) – შემახსენებელი ინექცია, თუ ბავშვმა უკვე მიიღო ვაქცინის დოზა 6 თვეზე დიდ დროის წინ ----- დიახ არა

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

ვაქცინაციის დღეს ბავშვს თან უნდა ჰქონდეს ჯანმრთელობის ან ვაქცინაციის ჩანაწერი.

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

ივსება მხოლოდ ერთი კანონიერი წარმომადგენლის მიერ ხელმოწერის შემთხვევაში:

Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné.

ვაცხადებ, რომ ვარ ზემოხსენებული ბავშვის ერთადერთი კანონიერი მეურვე

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 le vaccin coché ci-dessus².

ვაცხადებ, რომ ბავშვის მეორე კანონიერ მეურვეს: ბატონ, ქალბატონ _____ არ შეუძლია ხელი მოაწეროს ამ ფორმას, მაგრამ მან გასცა ავტორიზაცია ზემოხსენებულ ვაქცინაზე.

Date :
თარიღი :

Signature(s) :
ხელმოწერა (ხელმოწერები) :

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).

² არასრულწლოვანთა ვაქცინაცია მოითხოვს მშობლის უფლებამოსილების ორივე მფლობელის ნებართვას. ამრიგად, მხოლოდ ერთი მშობლის ხელმოწერის შემთხვევაში მეორე მშობლისთვის ხელმოწერის არსებითი შეუძლებლობის გამო, ხელმომწერი იღებს ვალდებულებას, რომ მშობლის უფლებამოსილების თანამფლობელმა მას მისცა თანხმობა. ნებისმიერი განცხადება ან ინფორმაცია, რომელიც დადასტურდება, რომ არის არაზუსტი ან გაყალბებული, ეკისრება ერთპიროვნულ პასუხისმგებლობას და შეიძლება დაისაჯოს ერთი წლით თავისუფლების აღკვეთით და 15000 ევროს ოდენობით ჯარიმით (სასჯელაღსრულების კოდექსის 441-7-ე მუხლი).

დამატებითი ნებართვა სხვა ვაქცინებისთვის

Je soussigné(e),
მე, ხელმოწერი,

Parent/responsable légal 1 : _____
მშობელი/კანონიერი მეურვე 1 : _____

Parent/responsable légal 2 : _____
მშობელი/კანონიერი მეურვე 2: _____

J'autorise également le centre de vaccination à vacciner si nécessaire l'enfant ci-dessus désigné pour le ou les vaccinations suivantes :

ვაქცინაციის ცენტრს ვაძლევ უფლებას საჭიროების შემთხვევაში მოახდინოს ზემოხსენებული ბავშვის აცრა შემდეგი ვაქცინებით:

- | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diphtérie, Tétanos, Polio, Coqueluche ----- | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> დიფტერია, ტეტანუსი, პოლიომიელიტი, ყვიანახველა ----- | დიახ <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Rougeole, Oreillons, Rubéole ----- | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> წითელა, ყბაყურა, წითურა ----- | დიახ <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hépatite B ----- | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ჰეპატიტ B ----- | დიახ <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Méningite à méningocoque C ----- | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> მენინგოკოკური C მენინგიტი ----- | დიახ <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |

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

გთხოვთ გაითვალისწინოთ, რომ ბავშვს შეიძლება ჩაუტარდეს ერთდროულად რამდენიმე ვაქცინა ერთი სესიის დროს.

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

ვაქცინაციის დღეს ბავშვს თან უნდა ჰქონდეს ჯანმრთელობის ან ვაქცინაციის ჩანაწერი.

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

ივსება მხოლოდ ერთი კანონიერი წარმომადგენლის მიერ ხელმოწერის შემთხვევაში:

- Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné.
- ვაცხადებ, რომ ვარ ზემოხსენებული ბავშვის ერთადერთი კანონიერი მეურვე

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 le vaccin coché ci-dessus³.

³ 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).

³ არასრულწლოვანთა ვაქცინაცია მოითხოვს მშობლის უფლებამოსილების ორივე მფლობელის ნებართვას. ამრიგად, მხოლოდ ერთი მშობლის ხელმოწერის შემთხვევაში მეორე მშობლისთვის ხელმოწერის არსებითი შეუძლებლობის გამო, ხელმოწერი იღებს ვალდებულებას, რომ მშობლის უფლებამოსილების თანამფლობელმა მას მისცა თანხმობა. ნებისმიერი განცხადება ან ინფორმაცია, რომელიც დადასტურდება, რომ არის არაზუსტი ან გაყალბებული, ეკისრება ერთპიროვნულ პასუხისმგებლობას და შეიძლება დაისაჯოს ერთი წლით თავისუფლების აღკვეთით და 15000 ევროს ოდენობით ჯარიმით (სასჯელაღსრულების კოდექსის 441-7-ე მუხლი).

ვაცხადებ, რომ ზავშვის მეორე კანონიერ მეურვეს: ბატონ, ქალბატონ _____ არ შეუძლია ხელი მოაწეროს ამ ფორმას, მაგრამ მან გასცა ავტორიზაცია ზემოხსენებულ ვაქცინაზე.

Date : Signature(s) :
თარიღი : ხელმოწერა (ხელმოწერები) :

Mentions d'information informatiques et libertés :
ინფორმაცია კომპიუტერული ინფორმაციისა და თავისუფლებების შესახებ:

La présente campagne de vaccination implique la mise en œuvre de traitements de données à caractère personnel.
En particulier, les formulaires d'autorisation à la vaccination seront utilisés, par les structures et centres de vaccination mobilisés par les ARS, aux fins d'organisation de la campagne nationale de vaccination contre les infections à papillomavirus humains et du rattrapage éventuel des autres vaccinations. Ces traitements sont mis en œuvre sous la responsabilité conjointe de l'Agence régionale de santé compétente et du centre de vaccination ou de la structure de prévention désignés par l'ARS réalisant la vaccination de votre enfant.
L'établissement scolaire de votre enfant est uniquement chargé de collecter, pour le compte de ces responsables de traitement, la présente autorisation complétée par vos soins qu'il transmet ensuite au centre ou à la structure de vaccination. Cette transmission est réalisée sous enveloppe cachetée et les établissements n'ont donc pas connaissance des informations qui y figurent.
Sont uniquement destinataires des données collectées les personnels habilités au sein des structures de santé désignées par l'ARS sur leur territoire. Elles pourront être conservées par ces entités à des fins d'éventuelles recherches en responsabilité.
Les droits d'accès, de rectification, de limitation et d'opposition, prévus par les articles 15, 16, 18 et 21 du RGPD s'exercent auprès du chef d'établissement à l'égard de ce traitement relatif à la collecte des formulaires d'autorisation. Celui-là transmet sans délai et par tout moyen, les demandes d'exercice des droits des personnes au centre ou à la structure de vaccination territorialement compétent.
De la même manière, vous pouvez exercer les droits prévus à l'article 85 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
Par ailleurs, ces formulaires seront utilisés, après l'acte de vaccination effectué au sein de l'établissement, par ces mêmes centres et structures de vaccination, d'une part, aux fins d'adresser à l'assurance-maladie les éléments nécessaires à la prise en charge de ces vaccins et, d'autre part, aux fins d'adresser des données agrégées et non-nominatives à l'Agence nationale de santé publique/Santé Publique France, conformément à ses missions de veille sanitaire et de surveillance épidémiologique. Des informations complémentaires sur ces traitements sont mises à votre disposition sur le site internet du ministère chargé de la santé et des ARS.

ეს ვაქცინაციის კამპანია გულისხმობს პერსონალური მონაცემების დამუშავებას.
კერძოდ, ვაქცინაციის ავტორიზაციის ფორმებს გამოიყენებენ ARS-ის მიერ მოზილიზებული ვაქცინაციის სტრუქტურები და ცენტრები ადამიანის პაპილომავირუსის ინფექციების საწინააღმდეგო ეროვნული ვაქცინაციის და სხვა ვაქცინების კამპანიის ორგანიზების მიზნით. ეს კამპანია ხორციელდება კომპეტენტური რეგიონალური ჯანდაცვის სააგენტოსა და ვაქცინაციის ცენტრის ან სხვა პრევენციის სტრუქტურის პასუხისმგებლობით, რომელიც დანიშნულია ARS-ის მიერ, რომელიც ახორციელებს თქვენი ზავშვის ვაქცინაციას.
თქვენი შვილის სკოლა არის მხოლოდ პასუხისმგებელი გამოგართვათ თქვენ მიერ გაცემული ავტორიზაცია, რომელსაც შემდეგ ის გადასცემს ვაქცინაციის ცენტრს ან სტრუქტურას. ეს გადაცემა ხორციელდება დალუქულ კონვერტში და ამიტომ დაწესებულებებმა არ იციან მასში არსებული ინფორმაციის შესახებ.
შეგროვებული მონაცემების ერთადერთი მიმღები არის ჯანდაცვის სტრუქტურების უფლებამოსილი პერსონალი, რომლებიც დანიშნულია ARS-ის მიერ. შეგროვებული მონაცემები შეიძლება შეინახოს სამომავლოდ შესაძლო პასუხისმგებლობის გამოძიების მიზნებისათვის.
RGPD-ის მე-15, მე-16, მე-18 და 21-ე მუხლებით გათვალისწინებული ხელმისაწვდომობის, გამოსწორების, შეზღუდვისა და წინააღმდეგობის უფლებებით შეგიძლიათ ისარგებლოთ და მიმართოთ დაწესებულების ხელმძღვანელს ავტორიზაციის ფორმების შეგროვებასთან და დამუშავებასთან დაკავშირებით. ის დაუყოვნებლად და ნებისმიერი საშუალებით გადასცემს თქვენს თხოვნას ტერიტორიულად კომპეტენტურ ვაქცინაციის ცენტრს ან სტრუქტურას.
ანალოგიურად, შეგიძლიათ ისარგებლოთ 1978 წლის 6 იანვრის №78-17 კანონის 85-ე მუხლით გათვალისწინებული უფლებებით, რომლებიც ეხება მონაცემთა დამუშავებას, ფაილებსა და თავისუფლებებს.
გარდა ამისა, ამ ავტორიზაციის ფორმას გამოიყენებენ დაწესებულების ფარგლებში განხორციელებული ვაქცინაციის აქტის შემდეგ ვაქცინაციის ცენტრები და სტრუქტურები, ერთი მხრივ, ჯანმრთელობის დაზღვევისთვის ამ ვაქცინების დაფარვისთვის საჭირო ელემენტების გაგზავნის მიზნით და მეორე მხრივ, ჯანდაცვის მონიტორინგისა და ზედამხედველობის მიზნების შესაბამისად, ეროვნული ჯანდაცვის სააგენტოსთვის/Santé Publique France-ისთვის მონაცემების გაგზავნის მიზნით, ჯანმრთელობის მონიტორინგისა და ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის მისიების შესაბამისად. ვაქცინაციების შესახებ დამატებითი ინფორმაცია თქვენთვის ხელმისაწვდომია ჯანდაცვის სამინისტროსა და ARS-ის ვებსაიტზე.