

**AUTORISATION PARENTALE POUR LA VACCINATION
CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV) ET/OU CONTRE LES MÉNINGITES À MÉNINGOCOQUES ACWY**

ለሂደቱ ፓራሎማቫይረስ (HPV) ከትባት እና/ወይም ACWY የሚኒንጎካል የማጅራት ገትር ከትባት የወላጆች ፍቃድ

☞ Ce formulaire est très simple, rapide à remplir et très important !
የዚህ ወረቀት ቅጽ በቀላሉ ይሚሞላ እና በጣም አስፈላጊ የሆነ ነው።



Vous pouvez aussi remplir cette autorisation en ligne (cf. modalités au verso de cette page)
(Des informations sur la séance de vaccination et les vaccins figurent au verso de cette page)

የዚህ የፍቃድ ወረቀት ቅጽ በአንዳይን መሞላት ትችላላችሁ (በወረቀቱ ጀርባ ተመልከቱ)
(ስለ ከትባቱ አካፎ እና ስለ ከትባቱ መረጃ በዚህ ወረቀት ጀርባ ይገኛል።)

Nom de l'enfant / የህጻኑ የአባት ስም : _____ Prénom de l'enfant / የህጻኑ ስም : _____

Date de naissance / የልደት ቀን : ____ / ____ / ____ Sexe / ፆታ : ☐ F / ሴት ☐ G / ወንድ

Nom du collège / የት/ቤቱ (ኮሌገ) ስም : _____ Commune du collège / የት/ቤቱ (ኮሌገ) ከተማ : _____

	Parent / Responsable légal 1 ወላጅ/ሕጋዊ አሳዳጊ ቁ. 1	Parent / Responsable légal 2 ወላጅ/ሕጋዊ አሳዳጊ ቁ. 2
Nom – Prénom / ሙሉ ስም		
Téléphone portable / ስልክ ቁጥር		
Numéro de sécurité sociale ¹ የሴኩራቲ ሶስያል (የሕክምና ሽፋን) ቁጥር ¹	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
Régime de sécurité sociale የሴኩራቲ ሶስያል (የሕክምና ሽፋን) አይነት	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre / ሌላ : _____	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre / ሌላ : _____
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. እነዚህ መረጃዎች በህጻኑ ወይም በወላጅ/ወላጆች የሴኩራቲ ሶስያል የመብት ማስረጃ ላይ ይገኛሉ። ማስረጃውም በአሜሊ አካውንት በ https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits ይገኛል። ሂደቱን ለማቃለል ማስረጃውን ከወላጆች ፍቃድ ወረቀት ቅጽ ጋር ማያያዝ ትችላላችሁ።		

Je soussigné(e), / አኒ _____

☐ **autorise** le centre de vaccination à vacciner **contre les infections HPV** l'enfant ci-dessus désigné. / ከዚህ በላይ ስሙ/ስሟ የተጠቀሰው ህጻን ለሂደቱን ፓራሎማቫይረስ እንፈክሽኖች እንዲከተብ/እንድትከተብ ለከትባት ማዕከሉ ፍቃዱን አስጣለሁ።

☐ **autorise** le centre de vaccination à vacciner **contre les méningites à méningocoque ACWY** l'enfant ci-dessus désigné. / ከዚህ በላይ ስሙ/ስሟ የተጠቀሰው ህጻን ACWY የሚኒንጎካል የማጅራት ገትር ከትባት እንዲከተብ/እንድትከተብ ለከትባት ማዕከሉ ፍቃዱን አስጣለሁ።

La vaccination contre les HPV nécessite **2 doses espacées entre 5 et 13 mois**, lorsqu'elle est réalisée entre 11 et 14 ans. Celle contre les méningocoques ACWY nécessite une seule dose. La spécialité vaccinale est choisie par l'équipe médicale. / ከ11 እስከ 14 ዓመት እድሜ የHPV ከትባት ሲወሰድ የመጀመሪያ መርፌ ከተዋጋ ጊዜ ጀምሮ ከ5 ወር እስከ 13 ወር በኋላ ሁለተኛው ከትባት አስፈላጊ ይሆናል። ACWY የሚኒንጎካል ከትባት ደግሞ አንድ ጊዜ ብቻ ይወሰዳል። የከትባቱ አይነት በጤና ባለ ሙያ ቡድን ይመረጣል።

☐ **m'engage à fournir le carnet de santé** à mon enfant le jour de la vaccination, sans quoi la vaccination ne pourra pas être réalisée. / ካላቀረብኩ ከትባቱ ሊሰጥ ስለማይቻል በከትባቱ ቀን የልጄ የጤና ደፍተርን ለማሳየት ቃል አገባለሁ።

☐ **atteste ne pas être en capacité de présenter le carnet de santé (perte...) et ne pas avoir fait vacciner mon enfant préalablement pour les vaccinations demandées.** / ስለጠፋብኝ ወይም በሌላ ምክንያት የልጄ የጤና ደፍተር ለማሳየት አለመቻሌ እንዲሁም ከዚህ በፊት ልጄ በዚህ ወረቀት ላይ የተጠቀሱትን ከትባቶች እንዳልተከተብ/እንዳልተከተብኩ ቃል አገባለሁ።

☐ **n'autorise pas** le centre de vaccination à vacciner **contre les infections HPV** l'enfant ci-dessus désigné. / ከዚህ በላይ ስሙ/ስሟ የተጠቀሰው ህጻን ለሂደቱን ፓራሎማቫይረስ እንፈክሽኖች እንዲከተብ/እንድትከተብ ለከትባት ማዕከሉ ፍቃዱን አልሰጥም።

Si l'enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les HPV (nom du vaccin : Gardasil9®), merci de préciser la ou les dates : / ህጻኑ/ህጻኗ የHPV ከትባት ከዚህ በፊት ከተከተብ/ከተከተብኩት (የከትባቱ ስም Gardasil9® ይባላል) የወሰደበት/የወሰደችበትን ቀን/ቀናት ከዚህ በታች ጽፉ :

Date de la Dose 1 / መጀመሪያ መርፌ የተወጋበት/የተወጋችበት ቀን ____ / ____ / ____ Date de la Dose 2 / ሁለተኛ መርፌ የተወጋበት/የተወጋችበት ቀን ____ / ____ / ____

☐ **n'autorise pas** le centre de vaccination à vacciner **contre les méningites à méningocoque ACWY** l'enfant ci-dessus désigné. / ከዚህ በላይ ስሙ/ስሟ የተጠቀሰው ህጻን AACWY የሚኒንጎካል የማጅራት ገትር እንዲከተብ/እንድትከተብ ለከትባት ማዕከሉ ፍቃዱን አልሰጥም።

Si l'enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les méningites à méningocoque ACWY (nom des vaccins : Nimenrix, MenQuadfi, Menveo), merci de préciser la date / ህጻኑ/ህጻኗ AACWY የሚኒንጎካል የማጅራት ገትር ከዚህ በፊት ከተከተብ/ከተከተብኩት (የከትባቱ ስም Nimenrix, MenQuadfi, Menveo ይባላል) የወሰደበት/የወሰደችበትን ቀን ከዚህ በታች ጽፉ :

Date de la Dose / የተወጋበት/የተወጋችበት ቀን ____ / ____ / ____

Date : / ቀን ____ / ____ / 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.
ፊርማው የዲጂታል ፊርማ ከሆነ ፊርማ ወላጅ/ሕጋዊ አሳዳጊው አንደኛው ወላጅ/ሕጋዊ አሳዳጊ ፍቃዱን/ፍቃዷን እንደሰጠ/እንደሰጠች ቃል ይገባል። ፊርማው በወረቀት የተፈረመ ከሆነ ሁለቱም ወላጆች/ሕጋዊ አሳዳጊዎች መፈረም አለባቸው።

Signature Parent/Responsable légal 1 / የወላጅ/ሕጋዊ አሳዳጊ ቁጥር 1 ፊርማ :

Signature Parent/Responsable légal 2 / የወላጅ/ሕጋዊ አሳዳጊ ቁጥር 2 ፊርማ :

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal² / ፊርማው የአንዱ ሕጋዊ አሳዳጊ ብቻ ከሆነ መማላት ያለበት ክፍል፡
☐ Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné. / ከዚህ በላይ ስሙ/ስሟ የተጠቀሰው ህጻን ብቸኛ የሕጋዊ አሳዳጊ መሆኔን አገልጻለሁ።
☐ 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 la vaccination contre les HPV et /ou contre les méningocoques ACWY² / የህጻኑ/ህጻኗ ሁለተኛ ሕጋዊ አሳዳጊ የሆነው/የሆነችው አቶ/ወይዘሮ _____ በሁኔታው አንጻር ይህን ወረቀት ለመፈረም አለማቻሉን/አለመቻሏን ነገር ግን የHPV ከትባት እና/ወይም የACWY የሚኒንጎካል ከትባት እንዲወሰድ ፍቃዱን/ፍቃዷን እንደሰጠ/እንደሰጠች ቃል አገባለሁ።
Date / ቀን : ____ / ____ / 20 ____
Signature du seul Parent/Responsable légal / የብቸኛ ወላጅ/ሕጋዊ አሳዳጊ ፊርማ :

¹ Le cas échéant, indiquer le numéro Aide médicale de l'État (numéro de sécurité sociale temporaire). / አስፈላጊ ከሆነ የመንግሥት የሕክምና እርዳታ ቁጥሩን (AME ማለትም ጊዜያዊው የሴኩራቲ ሶስያል ቁጥሩን) ጽፉ።
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 faussifiée, 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). / አድሜዎቸው 18 ላልሞላ ልጆች ከትባት የወላጅ ጋራነት ያላቸው ሁለት ሰዎች ፊርማ ያስፈልጋል። ቀጥሎም አንደኛው ወላጅ በሁኔታው ወላጅ ለመፈረም ካልቻለ ፊርማ ወላጅ አንደኛው ወላጅ ፍቃዱን እንደሰጠ ቃል መግባት አለበት። ማንኛውም የሃሳብ መረጃ ከተገኘ የፊርማ ወላጅ ጋራነት ብቻ የሆኑል። በተጨማሪም (በወንጀል ሕግ ኮድ 97ቱዳ 441-7 መሠረት) የ1 ዓመት አሥራት እና የ15 ሺህ ዩሮ ቅጣት ሊፈረሱበት ይችላል።

AUTORISATION PARENTALE EN LIGNE

በአንላይን የወላጆች ፍቃድ

En scannant le QR code ci-dessous / ከዚህ በታች ያለውን ኪዩዲ.ኤር. ኮድ ስካን ባማድረግ :



Les parents qui le souhaitent
peuvent remplir cette autorisation
en ligne / የሚፈለጉት ወላጆች የዚህ የፍቃድ ወረቀት ቅጽ በአንላይን
መሙላት ይችላሉ :



Ou en se connectant sur le site suivant / **ወይም** ከዚህ በታች ባለው ዌብሳይትን
በመግባት : <https://colleges.campagnedevaccination.fr/ges/>

INFORMATIONS SUR LE VACCIN CONTRE LES INFECTIONS A HPV ET CONTRE LES MÉNINGITES ACWY

የHPV ኢንፌክሽንን እና የACWY የሜኒንጎኮካል የማጅራት ገትር ክትባቶችን የሚመለከት መረጃ

ልጆችህ የሚከተለው የለሂዩማን ፓራሎማቫይረስ ኢንፌክሽኖች (HPV) ክትባት ደህንነቱ የተረጋገጠ እና ብቃት ያለው ክትባት ነው። የHPV ኢንፌክሽኖች ክትባት ዕድሜያቸው ከ11 እስከ 14 ዓመት ለሆኑ ሁሉ ሴት እና ወንድ ልጆች ይመከራል። ከአሁን ጀምሮ ወጣቶቻችንን በመጠበቅ ቆይተው ሊይዟቸው ከሚችሉ በHPV የተፈጠሩ የካንሰር በሽታዎች የመከሰት አደጋ በስፋት እንዲቀንስ ለማድረግ እንችላለን። በተደረጉ ጥናቶች መሠረት የHPV ክትባት የHPV ኢንፌክሽን የመከሰት አደገኝነት በብዛት ማለትም እስከ 90% ድረስ ለመቀነስ መቻሉን አሳይተዋል። ቀጥሎም ቅድመ ካንሰር የሚያምጡ ቁስላት እና ክነሱ ጋር የተያያዙ ካንሰሮች የመከሰት አደጋን ለመቀነስ ይሠራል።

የACWY የሜኒንጎኮካል ተስፋፊ ኢንፌክሽኖች ክትባት ዕድሜያቸው ከ11 እስከ 14 ዓመት ለሆኑ ሁሉ ሴት እና ወንድ ልጆች ይመከራል። የማጅራት ገትር በተለይ ከ10 ዓመት በላይ የሆኑ ልጆች እና ወጣቶች የሚይዛቸው ከባድ ተላላፊ ኢንፌክሽኖች ናቸው። ለሞት ወይም ለከባድ ተከታይ ጉዳዮች ሊያጋጧቸው ይችላሉ። የACWY የሜኒንጎኮካል ክትባት አንዴ ተወስዶ ብቃት ያለው ለረጅም ጊዜ የሚቆይ መከላከያ ነው። እንደ ማንኛውም ክትባት አንዳንድ የጎንዮሽ ጉዳዮችን ሊያስከስት ይችላል። ሆኖም እነዚህ ችግሮች አብዛኛውን ጊዜ ቀለል ያሉ ናቸው።

ስለ ክትባቱ ተጨማሪ መረጃ ከፈለጋችሁ በምድኃኒት እና የጤና መጠበቂያ ምርቶች ድህንነት ብሄራዊ ኤጀንሲ ዌብሳይት ላይ www.ansm.sante.fr ወይም ከዚህ በታች ያለው ኪዩ.ኤር.ኮድ ስካን በማድረግ ታገኙታላችሁ።



ስለ ክትባቱ አወሳሰድ አካሄድ

ክትባቱን ከመውሰዱ/ከመውሰዷ በፊት የሕክምና ባለ ሙያዎች ከልጆችህ ጋር ይወያያሉ እና የጤና ደፍተሩን/ደፍተሯን ያረጋግጣሉ። ከዚያ በኋላ ልጆችህ ደህንነቱ በተጠበቀ ቦታ የHPV እና/ወይም የACWY የሜኒንጎኮካል ክትባትን ይወስዳል/ትወስዳለች። እነዚህ ሁለት ክትባቶችን በአንድ ጊዜ መውሰድ ይቻላል።

ክትባቶቹን ከተወጋ/ከተወጋች በኋላ የራስን መሳት፣ እንዳንደም እንዲሁም የመንቀጥቀጥ እና የመውደቅ አጋጣሚዎች ሊደርሱ ይችላሉ። የራስን መሳት አጋጣሚ በጣም አነስተኛ ቢሆንም ልጆችህ ከተከተለ/ከተከተለች በኋላ ለ15 ደቂቃ በሕክምና ባለ ሙያ ክትትል ሥር ይቆያል/ትቆያለች።

ስለ IT እና ነፃነት ሕጋዊ መረጃ

የዚህ ክትባት ዘመቻ የግል መረጃ አያያዝን ያካትታል። በተለይ ለክትባት የፍቃድ መስጠት ወረቀት ቅጽ ሥራውን በክልላዊ የጤና ኤጀንሲዎች (ARS) የተመደቡ ተቋማት እና የክትባት ማዕከሎች የሂዩማን ፓራሎማቫይረስ ክትባት ብሔራዊ ዘመቻ እና እንደ አስፈላጊነቱ የሌሎች ክትባቶች የመከተብ ሥራዎችን እንዲከናወን ይጠቅማሉ። እነዚህ የመረጃ አያያዝ የክልላችሁ ARS እና የልጆችህን ክትባት ሥራ በARS የተመደበ የክትባት ማዕከል ወይም ተቋም የጋራ ኃላፊነታቸው ይሆናል።

በዚህ ረገድ የልጆችህ ትምህርት ቤት የሚሠራው ሥራ ከዚህ በላይ ለተጠቀሱት ተቋማት የሞላችሁትን የክትባቱን ፍቃድ መስጫ ወረቀት ቅጽ የመሰብሰብ እና ለክትባት ማዕከሉ ወይም ለተቋሙ የማስተላለፍ ሥራ ብቻ ይሆናል። የወረቀት ቅጹ ሲተላለፍ ግን በተዘጋ ፖስታ ስለሆነ በውስጡ የተካተቱትን መረጃዎች ምስጢር የተጠበቁ ይሆናሉ።

የተሰበሰቡትን መረጃዎች ማየት የሚችሉት በARS የተሾሙ ፍቃድ የተሰጣቸው የሕክምና ተቋማት ሠራተኞች ብቻ ናቸው። መረጃዎቹ ክትባቶቹ ከተሰጡ እስከ 18 ዓመት ድረስ በነዚህ ተቋማት ሲስተም ውስጥ ሊቀመጡ ሲችሉ አሉም አስፈላጊ ከሆነ ስለ ጉዳዩ የኃላፊነት ማረጋገጫ እንዲከናወን ይሆናል።

የፍቃድ መስጫ ወረቀት ቅጹ የመሰብሰብ ሥራ እና አያያዝን በሚመለከት በRGPD ማለትም የአጠቃላይ የመረጃ መጠበቅ ደንብ ዓንቀጽ 15፣ 16፣ 18 እና 21 መሠረት የማየት፣ የማረም፣ የመቀነስ እና የመቃወም መብት በትምህርት ቤቱ አስተዳዳሪ ዘንድ ማስከበር ይችላል። አስተዳዳሪው ወዲያው እና ባገኘው ዘዴ ሁሉ ለሚመለከተው የክትባት ማዕከል ወይም ተቋም የግለሰቦችን የመብት ማስከበር ጥያቄዎችን ያስተላልፋል።

በሌላ በኩል ክትባቱ በትምህርት ቤቱ ውስጥ ከተወሰደ በኋላ እነዚህ የወረቀት ቅጾች የሚመለከተው የክትባት ማዕከል ወይም ተቋም ይጠቀማቸዋል። ይህም የክትባቶቹን ወጪ እንዲሸፍን ለጤና መድህን ተቋም (አሱራንስ ማላዲ) አስፈላጊ መረጃ ለማስተላለፍ ነው። ስለነዚህ የመረጃ አያያዝ ተጨማሪ መረጃዎች ካስፈለጋችሁ በጤና ሚኒስቴር እና በARS ዌብሳይቶች ላይ ማግኘት ትችላላችሁ።