

**AUTORISATION PARENTALE POUR LA VACCINATION CONTRE LES
PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV) ET/OU CONTRE LES MÉNINGITES À MÉNINGOCOQUES ACWY**
有关接种人类乳突病毒 (HPV) 疫苗和/或 ACWY 型脑膜炎双球菌疫苗的家长同意书

👉 Ce formulaire est très simple, rapide à remplir et très important !
本表格尤为重要，其填写极为简单快捷！



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)
可以在线填写家长同意书（参见背面的方式说明）
(背面印有关于接种流程和疫苗的相关信息)

Nom de l'enfant/孩子的姓 : _____ Prénom de l'enfant/孩子的名 : _____
Date de naissance/出生日期 : ____ / ____ / ____ Sexe/性别 : ☐ F/女 ☐ G/男
Nom du collège/所在初中的名称 : _____ Commune du collège/学校所在城市 : _____

	Parent / Responsable légal 1 家长/法定监护人 1	Parent / Responsable légal 2 家长/法定监护人 2
Nom - Prénom/姓 - 名		
Téléphone portable/手机号		
Numéro de sécurité sociale ¹ 社保号 ¹	0000000000	0000000000
Régime de sécurité sociale 所属社保系统	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre/其它: _____	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre/其它: _____

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> pouvez, si vous le souhaitez, joindre cette attestation au formulaire d'autorisation parentale afin de faciliter les démarches.
孩子的社保证明或者与孩子绑定的家长的社保证明上提供有这些信息。也可登录 Ameli 网站个人账户号 <https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits> 进行查询。您也可以将社保证明附在家长同意书的后面，从而让后续的操作更简单。

Je soussigné(e), /具名人 _____

- ☐ autorise le centre de vaccination à vacciner **contre les infections HPV** l'enfant ci-dessus désigné./同意接种中心为上文所指明的孩子进行 **HPV 疫苗** 的接种。

☐ autorise le centre de vaccination à vacciner **contre les méningites à méningocoque ACWY** l'enfant ci-dessus désigné./同意接种中心为上文所指明的孩子进行 **ACWY 型脑膜炎双球菌疫苗** 的接种。

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.
11-14 岁年龄段的孩子需要接种 2 剂 HPV 疫苗，中间的间隔时间为 5-13 个月。ACWY 型脑膜炎双球菌疫苗只需注射一次。由医疗团队选择疫苗产品。

☐ 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./本人保证提供孩子的病历，如果在接种当日没有携带病历，则不能为其注射疫苗。

☐ 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./证明（因丢失等原因）无法提供病历，而且之前没有为孩子接种过此次要接种的疫苗。

- ☐ n'autorise pas le centre de vaccination à vacciner **contre les infections HPV** l'enfant ci-dessus désigné./不同意接种中心为上文所指明的孩子进行 **HPV 疫苗** 的接种。

Si l'enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les HPV (nom du vaccin : Gardasil9®), merci de préciser la ou les dates :
如果孩子已经接种过了 HPV 疫苗（疫苗产品名称：Gardasil9®），请告知接种日期：

Date de la Dose 1 / 接种第 1 剂的日期 ____ / ____ / ____ Date de la Dose 2 / 接种第 2 剂的日期 ____ / ____ / ____

☐ n'autorise pas le centre de vaccination à vacciner **contre les méningites à méningocoque ACWY** l'enfant ci-dessus désigné./不同意接种中心为上文所指明的孩子进行 **ACWY 型脑膜炎双球菌疫苗** 的接种。

Si l'enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les méningites à méningocoque ACWY (nom des vaccins : Nimenrix, MenQuadfi, Menvéo), merci de préciser la date :
如果孩子已经接种过了 ACWY 型脑膜炎双球菌疫苗（疫苗产品名称：Nimenrix, MenQuadfi, Menvéo），请告知接种日期：

Date de la Dose/接种日期 ____ / ____ / ____

Date / 日期 ____ / ____ / 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./若为电子签名，签名的家长/法定监护人以个人名誉担保声明另一位家长/法定监护人已经同意。若为纸质签名，父母/法定监护人双方都必须提供签名。

Signature Parent/Responsable légal 1/家长/法定监护人 1 签名: _____

Signature Parent/Responsable légal 2/家长/法定监护人 2 签名: _____

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal² /若只有一名法定监护人签名，则需填写：

☐ Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné./本人声明是上文所指出的孩子的唯一法定监护人。

☐ 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/本人以自身名誉担保，声明孩子的第二个法定监护人 _____ 先生/女士因实际困难无法在本表格上签名，但已经同意为孩子接种 HPV 疫苗和/或 ACWY 型脑膜炎双球菌疫苗²。

Date/日期 : ____ / ____ / 20__

Signature du seul Parent/Responsable légal/单个家长/法定监护人签名: _____

¹ Le cas échéant, indiquer le numéro Aide médicale de l'État (numéro de sécurité sociale temporaire)/若有的话，请提供国家医疗补助 (Aide médicale d'État) 号（临时社保号）。

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)/给未成年人打疫苗需要两位家长的同意。因此，如果因现实原因导致一位家长无法签字从而只有单个家长签字的情况，签字人需以个人名誉担保声明另一位家长已经同意。如果声明的内容或者提供的信息被证实是不准确的或者是伪造的，那么签字人需承担全责，可能会遭受一年监狱及 15000 欧元罚款的惩罚（刑法第 441-7 条）。

AUTORISATION PARENTALE EN LIGNE

线上签署家长同意书



Les parents qui le souhaitent
peuvent remplir cette autorisation
en ligne / 家长可以选择线上签署同意书：

En scannant le QR code ci-dessous / 通过扫描下面的二维码进入相关页面：



Ou en se connectant sur le site suivant / 也可以登录下列网站：
<https://colleges.campagneDEVaccination.fr/ges/>

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

与预防 HPV 感染及 ACWY 型脑膜炎双球菌感染的疫苗相关的信息

您的孩子将注射的用于预防 HPV 病毒感染的疫苗是安全有效的。建议所有年满 11 至 14 周岁的孩子和男孩都接种预防 HPV 的疫苗。从现在开始保护我们的青少年，可以极大地降低将来患上与 HPV 相关的癌症的几率。事实上，一些研究表明 HPV 疫苗接种可以明显地降低感染 HPV 的概率（高达 90%），从而可以有效地减少患上癌前病变和相关癌症的可能性。

建议 11-14 岁年龄段的青少年都接种用来预防 ACWY 型脑膜炎双球菌侵入式感染的疫苗。脑膜炎是严重的传染性疾病，青少年和年轻人都是患病的高危人群。此类疾病可能致死或者留下严重的后遗症。ACWY 型脑膜炎双球菌疫苗只需注射一次，即可起到长期有效的保护作用。和其它疫苗一样，注射这一疫苗可能会出现一些不良反应，但绝大多数情况下都是轻微的。

您可以登录法国国家药品和保健产品安全署的网站 www.ansm.sante.fr 或者扫描下面的二维码了解更多的与疫苗相关的信息。



疫苗接种的流程

在进行接种之前，医疗人员会和您的孩子进行交谈，并查看其病例。接下来便会在一个私密的空间里为您的孩子注射一剂 HPV 疫苗和/或 ACWY 型脑膜炎双球菌疫苗。有可能同时接种这两种疫苗。

注射疫苗之后，有可能产生昏厥的状况，有时会伴随发抖、僵直的反应，从而可能导致摔倒的后果。尽管昏厥的情况极少出现，但以防万一，还是会在注射疫苗后让您的孩子在现场停留 15 分钟的时间，以便医疗人员对其进行观察。

关于信息收集和自由权的条款

本次的疫苗接种活动涉及到了个人信息的处理。

尤其是接种同意书会被地区卫生署的相关机构和接种中心用来组织人类乳突病毒在全法范围内的接种活动，也可能用来组织其它疫苗的补种工作。作为主管部门的地区卫生署以及当地地区卫生署所指定的接种中心或预防机构共同负责相关信息的处理。

您孩子就读的学校仅负责为上述机构收集由您填写的本同意书，然后转交给接种中心或接种机构。在转交的过程中表格会被装在密封的信封里，其中的信息不会被泄露。收集到的信息仅提供给地区卫生署指定的本地卫生机构中具有相关资格的工作人员。这些机构可能会保存信息用于负责任的研究行为。从疫苗注射之日起，这些信息会被保存 18 年的时间。

针对同意书所含信息的处理，您可以向机构负责人提出实施《通用数据保护条例》第 15、16、18 及 21 条所规定的查阅权、修改权、限制权和反对权。机构负责人必须及时无误地将行使权利的要求传达给主管的本地接种中心或接种机构。

此外，在完成了疫苗注射之后，同意书将会被相应的接种中心或接种机构使用，以便向医疗保险部门提供报销疫苗费用所需的材料。

您可以登录卫生部和地方卫生署的网站了解关于信息处理的其它补充说明。