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

د واکسیناسیون لپاره د والدینو اجازهلیک د انساني پاپیلوماویروس (HPV) او/یا منژیت منگوکوکي ACWY خلاف

Ce formulaire est très simple, rapide à remplir et très important! دا فورمه ساده ده، په اسايي سره بشپريږي او ډېره مهمه ده!

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) کولئ شۍ دغه اجازهلیک په انلاین بڼه بشپر کړئ (اصول او شرایط ئې ددې پانې شاته وګورئ) (د واکسیناسیون او واکسین د دورو اروند معلومات ددغې پانې شاته ولول)

وم نوم:	د ماش . Prenom de l'enfant :	د ماشوم تخلص:
Date de naissance : / / Sexı	e : □ F □ G مونث □ مذكر	
Nom du collège : د کالج نوم:	Commune du collège :	د کالح شاروالي:
1,7 €	T	
	Parent / Responsable légal 1	Parent / Responsable légal 2
	والدين/ قانوني سريرست ١	.ين/ قانوني سرپرست ۲
نوم او تخلص ما Nom – Prénom		
موبایل شمیره موبایل شمیره		
Numéro de sécurité sociale سوسیال د ځوندیتوپ شمېره	ишшшшш	п пт пт пт пт пт
Régime de sécurité sociale سوسيال د خونديتوب سيستم	نور / CPAM	□ CPAM □ MSA □ MGEN □ Autre / نور:
Ces informations figurent sur l'attestation de droits de l'enfant ou du/d	es parent(s) auguel(s) il est rattaché. Celle-ci est disponible sur le co	onte Ameli :
https://www.ameli.fr/assure/attestation-di	roits. Vous pouvez, si vous le souhaitez, joindre cette attestation au f	ormulaire d'autorisation parentale afin de faciliter les démarche
دي : https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits که غواړئ کولئ شئ د	په تصديق پاڼه کې لوستل کېدای شي. دا د Ameli په اکونټ يا حساب کې د لاسرسي وړ	به معلومات د ماشوم يا والدينو، هغه والدين چې ماشوم ورسره تړاو ولري، د حقونو وونو د اسانۍ لپاره دغه تصديق پاڼه د والدينو له اجازهليک سره ضميمه کړئ.
Je soussigné(e),	ک کوونکی،	وونو د اسانۍ نپاره دغه نصديق پاپه د واندينو نه اجازهنيک سره صميمه دړی. زه لاندې لاسلي
		· · ·
☐ <u>autorise</u> le centre de vaccination à vacciner contre les		□ د واکسیناسیون مرکز ته ا <u>جازه ورکوم،</u> چی ذکر شوی ماشوم د ۱
□ autorise le centre de vaccination à vacciner contre les	méningites à méningocoque ACWY l'enfant ci-dessus désigné.	, and a second s
autorise le centre de vaccination à vaccinei contre les	riemingites a meningotoque Acw 1 i emant circlessus designe. رئيت منگوكوكي ACWY پر ضد واكسين كړي.	د واکسیناسیون مرکز ته اجازه ورکوم، چی ذکر شوی ماشوم د م
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 n	néningocogues ACWY nécessite une seule dose. La spécialité
vaccinale est choisie par l'équipe médicale.		- '
د واکسين ډوز د طبي متخصص لخوا ټاکل کې <i>ږي.</i>	لو هلوكانو او انجونو ته بايد وركول شي. د منگوكوكي ACWY خلاف واكسين يو ډوز دى.	د HVP واکسین <u>۲ ډوزه دی او له ۵ تر ۱۳ میاشتو فاصله</u> کې له ۱۱ تر ۱۴ کلنۍ ټو
☐ <u>m'engage à fournir le carnet de santé</u> à mon enfant le	jour de la vaccination, sans quoi la vaccination ne pourra pas être ré	alisée
	بی سوانح وړاندي کړم، ځکه له هغه پرته به واکسین تطبیق نشی.	🛘 🤇 زه هوکره کوم چی د واکسیناسیون په ورځ د خپل ماشوم روغتیا
☐ atteste ne pas être en capacité de présenter le carnet	de santé (nerte) et ne nas avoir fait vacciner mon enfant préalable	nent nour les vaccinations demandées
atteste ne pas etre en capacite de presenter le carner	de santé (perte) et ne pas avoir fait vacciner mon enfant préalableı کړم (ورک شوې او نور) او ماشوم ته می پخوا دغه واکسین نه دی ورکړئ.	زه تصدیق کوم چی نشم کولئ د ماشوم روغتیایی سوانح وړاندې
n'autorise pas le centre de vaccination à vacciner cont	tre les infections HPV l'enfant ci-dessus désigné.	
	. HPV عفونتونو پر ضِد واکسین کړي.	🗆 د واکسیناسیون مرکز ته <u>اجازه نه ورکوم</u> ، چې ذکر شوی ماشوم ه
Si l'enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les HPV (nom d	u vaccin : Gardasil9®), merci de préciser la ou les dates :	
	Gar) هیله ده نىټه <u>ئې</u> ذکر کړئ <u>:</u>	که ماشوم له وړاندي د <u>HPV خلاف واکسين شوی وي (د واکسين نوم: ®dasil</u> 9
د ۱ ډوز نيټه / / د ۱ ډوز نيټه	د ۲ ډوز نیټه / / / د ۲ ډوز نیټه	
☐ n'autorise pas le centre de vaccination à vacciner cont	re les méningites à méningocoque ACWY l'enfant ci-dessus désigné.	
	. منژیت منگوکوکی ACWY پر ضد واکسین کړي.	🗆 د واکسیناسیون مرکز ته <u>اجازه نه ورکوم</u> ، چې ذکر شوی ماشوم و
Si l'enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les méningites à	à méningocoque ACWY (nom des vaccins : Nimenrix, MenQuadfi, Me	nvéo), merci de préciser la date :
	وم: Nimenrix, MenQuadfi, Menvéo) هیله ده ننټه یٔ ذکر کړی:	که ماشوم له وړاندي د منگوکوکی ACWY خلاف <u>واکسین شوی وي (د واکسین</u>
د واکسین ډوز نیټه / ماکسین دوز کیټه		
Date: / / 20 :نيټه		
···	tain distance with the second	
parents /responsables légaux doivent signer.	taire, déclare sur l'honneur que l'autre parent/responsable légal a d	onne son autorisation. En cas de signature sur papier, les deux
السليک په صورت کې بايد دواړه والدين/ حقوقي سرپرستان بايد لاسليک وکړي.	شرف قسم خوري چې بل حقوقي سرپرست يا والدينو ورته اختيار ورکړی دی. پر کاغذ د لا	د والدینو/سرپرست د الیکترونیکي لاسلیک په صورت کې لاسلیک کوونکی په خپل
Signature Parent/Responsable légal 1 :	قانونی سربرست 1 :	د والدين لاسليک /
Signature Parent/Responsable légal 2 :	رىي كىدى. قانونى سرپرست 2 :	
À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal ² :		
□ Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus dési	=	
Je déclare sur l'honneur que le second responsable légal de l'enfa donné son autorisation pour la vaccination contre les HPV et /ou co		atériellement empêché de signer le présent formulaire mais a
taconation control to the current	ىشىرە شى: ²	د يوه حقوقي سرپرست د لاسليکي په صورت کې بايد دغه برخه
ملیک منع شوی، خو دHPV او/یا منگوکوکی ACWY پر ضد د	سرپرست يم. ۱۲ مادې د لادام له مخې د دغه فورم ، له لاس	 اعلان کوم چې زه د پورته ذدکر شوې ماشوم یوازینی حقوق په خپل شرف قسم خورم چې د ماشوم بل سرپرست: ښاغل
سیک سع سوی، خوده ۱۱۱۱ وری ستونوی ۱۳۰۰۰۰ پر جدد) ۱۱ هم)	ا په حپل سرت عسم حورم چې د منسوم بن سرپرست. سعو واکسین اختیار ئې ماته راکړی دی.
Date: / /20 . #5		•
Date : / 20 : نيته Signature du seul Parent/Responsable légal :		د يوازيني والد/حقوقي سريرست لاسليک
_ , ,		and the second of the second o
	_	
		

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

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

La voccination 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 faisifiée, 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).

1 colmagalité de l'autorité parentale buit donné son autorisation. Toute déclaration ou information qui s'avèrerait inexacte ou faisifiée, engage sa seule responsabilité et pourra être punie d'un an d'emprisonnement et a 15 000 euros d'amende (article 441-7 du code pénal).

2 colmagalité pourrait product à la comparation des deux titulaire de l'autorité parentale de l'autorité parentale d'un au d'emprisonnement et a 15 000 euros d'amende (article 441-7 du code pénal).

3 collaboration des mineurs nécessite l'autorité parentale d'un and d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende (article 441-7 du code pénal).

4 collaboration des mineurs nécessite l'autorité parentale d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende (article 441-7 du code pénal).

5 colmagalité d'un autorité parentale d'un autorité d'un autori

AUTORISATION PARENTALE EN LIGNE

En scannant le QR code ci-dessous :

ددغه QR کوډ د سکن له لاري:

د والدينو انلاين رضايت

Les parents qui le souhaitent peuvent remplir cette autorisation en ligne :

د غوښتنې په صورت کې والدين کولئ شي دغه فورم په انلاين بڼه بشپړ کړي:

Ou en se connectant sur le site suivant

يا هم دغې ويېپاني ته د ورتګ له لاري:

https://colleges.campagnedevaccination.fr/ges/

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

د HPV او مینینگتر ACWY واکسین اروند معلومات

ستاسې ماشوم ته ورکول کېدونکی د انساني پاپيلوما ويروس (HPV) ضد واکسين خوندي او اغيزناک دی. د HPV عفونتونو خلاف واکسيناسيون له ۱۱ تر ۱۴ کلنو ټولو انجونو او هلوکانو ته بايد ورکول شي. په دغه پړاو کې د ځوانانو خونديتوب کولئ شي د ژوند په راتلونکو پړاوونو کې د HPV اړوندو سرطانونو باندي د هغوی د ککړېدو خطر تر ډېره راکموي. مطالعاتو ښودلې، چې د HPV واکسين کولئ شئ د HPV اړوندو عفونتونو باندي د اخته کېدو امکانات ۹۰ سلنه راټيټ کړي او په دې توګه سره په پيش سرطاني ضايعاتو او اړوندو سرطانونو د ککړېدو امکانات د پام وړ توګه کم شي.

د تهاجمی منګوکوکی ACWY انتانونو خلاف واکسین له ۱۱ تر ۱۴ کلونو د ټولو هلوکانو او انجونو لپاره ئې سپارښتنه کیږي. دا یو داسي ساري او خطرناک عفونت دی، چې په ځانګړې توګه کشران او نوي ځوانان تر اغېز لاندي راولي. دا کېدای شي د مرګ یا تر پیښې وروسته د جدي اغیزو سبب شي. د منګوکوکی ACWY خلاف واکسیناسیون په یوه ډوز واکسین سره کولئ شي اوږدمهاله او اغیزناک خوندیتوب تضمین کړي. د بل هر واکسین غوندي دغه واکسین هم کېدای شي جانبي عوارض ولري چې اکثریت ئې ډېر سپک دي.

د واکسین اړوند لا ډېر معلومات د درملو او صحي تولیداتو د خوندیتوب د ملي ادارې پر انټرنټپاڼه لوستلی شئ: www.ansm.sante.fr يا هم لاندي QR کوډ سکین کړئ.





د واکسیناسیون د ملاقات بهیر

صحي ټيم به د واکسين تر تطبيق وړاندي ستاسې له ماشوم سره خبرې وکړي او د نوموړي روغتيايي سوانح به و ارزوي. وروسته به يو ډوز واکسين لا HPV او يا ډوز منګوکوکي ACWY واکسين په يوه محرمانه چاپيريال کې ستاسې ماشوم ته ولګول شي.

د واکسين تر لګولو وروسته کېدای شي ماشوم پېهوښه شي، ځيني وختونه ممکن ورپړديړي يا حتی پر مځکه ولوېړي. سره له دې چې د ېېهوښۍ پېښې معمول نه دي، ولي ماشوم به د واکسين تر لګولو وروسته د ۱۵ دقيقو لپاره د روغتيايي ټيم تر پاملرني لاندي وي.

د معلوماتو او شخصی حریم د خوندیتوب پالیسۍ خبرتیا

د واکسیناسیون په دا کمپاین کې د شخصي معلوماتو یا ډاټا د پروسیس کولو تطبیق هم شامل دی.

په ځانګړې توګه د واکسین لپاره د رضایت فورمې به د (ARS) لخوا تنظیمېدونکي د واکسیناسیون د اړوندو څانګو او مرکزونو لخوا د انساني پاپلوما ویروس د انتانونو خلاف د ملي کمپاین د تنظیم او نورو ممکنه واکسینونو د تطبیق په موخه وکارول شي. دغه پروسې د اړوندي سیمهیزی روغتیایي ادارې او د واکسین مرکز لخوا په ګډه تطبیق کېږي او یا هم د مخنیوي د هغه جوړښت تر مسؤلیت لاندي، چې د (ARS) لخوا ستاسې د ماشوم د واکسیناسیون لپاره ټاکل شوی دی.

ستاسې د ماشوم ښوونځی د دغو کنټرولوونکو په استازولی ستاسې څخه د رضایت ښودلو فورمونو د راټولو مسؤلیت لري، کوم چې بیا د واکسین مرکز یا اړوند جوړښت ته لېږدول کېږي. دا فورمې په مهر شوې لفافه کی لېږدول کېږي او له همدې خاطره نو تاسیسات په فورمو کی د موجودو معلوماتو په اړه نه پوهېږي.

راټولو شويو معلوماتو ته يوازي د روغتيايي جوړښتونو اړوند کارکوونکي لاس لرئ، کوم چې په خپلو سيمو کې د (ARS) لخوا ټاکل شوي دي. دغه معلومات ممکن ددې ادارو لخوا د احتمالي اسيب پذيريو د مطالعې په موخه تر ۱۸ کلونو و ساتل شي.

د رضایت فورمو د پروسیس اړوند د لاسرسي، تعدیل محدودیت او مخالفت حقونه، چې د (RGPD) د ۱۵، ۱۶ ،۱۷ مادې پر اساس روښانه شوي، د تاسیساتو له ربیس سره د اړیکي له لاري د ګټه اخستنې وړ دي. د تاسیساتو ربیس مکلف دی، چې له ځنډ او خنډ پرته دغه حق ته د خلکو د لاسرسي غوښتنې له ټولو ممکنه لارو په ګټه اخستنې سره د واکسین اړوند مرکز یا جوړښت ته واستوي.

پر دې سريېره به يادي فورمې په تاسيساتو کې د واکسيناسيون تر تطبيق وروسته د واکسين د عين مرکزونو او تاسيساتو لخوا ددې واکسينونو د پوښښ لپاره د اړوندو عناصرو د لېړد په موخه د روغتيايي بيمې ورکوونکو او همداراز د فرانسې د عامې روغتيا ملي ادارې / يا سانت پېليکي فرانس ته د روغتيا د څارنې او څارنې ماموريتونو سره سم د راټولو شويو او غير نامتو معلوماتو د لېړلو په موخه وکارول شي. ددې درملنې لپاره اضافي معلومات د عامي روغتيا وزارت او د (ARS) پر انټرنټ پاڼو موندلای شئ.