

**AUTORISATION PARENTALE POUR LA VACCINATION
CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV) ET/OU CONTRE LES MÉNINGITES À MÉNINGOCOQUES ACWY
AUTORIZAÇÃO PARENTAL PARA A VACINAÇÃO CONTRA O VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO (HPV) E/OU CONTRA AS MENINGITES POR MENINGOCOS ACWY**

✂ Ce formulaire est très simple, rapide à remplir et très important !
Este formulário é simples, rápido de preencher e muito importante.



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)
Também pode preencher esta autorização online (ver instruções no verso).
(Informações sobre a sessão de vacinação e as vacinas encontram-se no verso desta página.)

Nom de l'enfant / Apelido da criança : _____

Prénom de l'enfant / Nome : _____

Date de naissance / Data de nascimento : ____ / ____ / ____

Sexe / Sexo : ☐ F / ☐ M

Nom du collège / Nome da escola : _____

Commune du collège / Concelho da escola : _____

	Parent / Responsable légal 1 Encarregado de educação 1	Parent / Responsable légal 2 Encarregado de educação 2
Nom – Prénom / Nome completo		
Téléphone portable / Telemóvel		
Numéro de sécurité sociale ¹ Número de Segurança Social ¹	□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □
Régime de sécurité sociale Regime de segurança social	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre / Outro : _____	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre / Outro : _____
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. Estas informações constam no comprovativo de direitos da criança ou do(s) encarregado(s) de educação. Este comprovativo está disponível na conta Ameli: https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits. Se desejar, pode anexar esse documento a esta autorização para facilitar o processo.		

Je soussigné(e) / Eu, abaixo-assinado(a), _____

☐ autorise le centre de vaccination à vacciner **contre les infections HPV** l'enfant ci-dessus désigné. / autorizo o centro de vacinação a vacinar **contra a infeção por HPV** a criança acima identificada.

☐ autorise le centre de vaccination à vacciner **contre les méningites à méningocoque ACWY** l'enfant ci-dessus désigné. / autorizo o centro de vacinação a vacinar **contra as meningites por meningococos ACWY** a criança acima identificada.

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.

A vacinação contra o HPV exige duas doses, com um intervalo entre 5 e 13 meses, se realizada entre os 11 e os 14 anos. A vacinação contra os meningococos ACWY exige uma única dose. A escolha da vacina será feita pela equipa médica.

☐ 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. / comprometo-me a enviar o boletim de vacinas da criança no dia da vacinação; caso contrário, a vacina não poderá ser administrada.

☐ 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. / declaro que não me é possível apresentar o boletim de vacinas (por extravio...) e que a criança **nunca foi vacinada previamente com as vacinas mencionadas**.

☐ n'autorise pas le centre de vaccination à vacciner **contre les infections HPV** l'enfant ci-dessus désigné. / não autorizo o centro de vacinação a vacinar **contra a infeção por HPV** a criança acima identificada.

Si l'enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les HPV (nom du vaccin : Gardasil9®), merci de préciser la ou les dates :

Se a criança já foi vacinada contra o HPV (nome da vacina: Gardasil9®), indique, por favor, as datas:

Date de la Dose 1 / 1.^{re} dose ____ / ____ / ____

Date de la Dose 2 / 2.^{de} dose ____ / ____ / ____

☐ n'autorise pas le centre de vaccination à vacciner **contre les méningites à méningocoque ACWY** l'enfant ci-dessus désigné. / não autorizo o centro de vacinação a vacinar **contra as meningites por meningococos ACWY** a criança acima identificada.

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 :

Se a criança já foi vacinada contra os meningococos ACWY (vacinas: Nimenrix, MenQuadfi, Menvéo), indique a data:

Date de la Dose / Data ____ / ____ / ____

Date / Data : ____ / ____ / 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.

No caso de assinatura digital, o encarregado de educação signatário declara, sob sua responsabilidade, que o outro titular das responsabilidades parentais deu o seu consentimento. No caso de assinatura manuscrita, ambos os encarregados de educação devem assinar.

Signature Parent/Responsable légal 1 / Assinatura do Encarregado 1 :

Signature Parent/Responsable légal 2 / Assinatura do Encarregado 2 :

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal² / A preencher em caso de assinatura por apenas um encarregado de educação² :

☐ Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné. / Declaro ser o único titular das responsabilidades parentais da criança acima identificada

☐ 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 / Declaro, sob minha responsabilidade, que o(a) outro(a) titular das responsabilidades parentais: Sr.(a) _____, não pode assinar este formulário, mas autorizou a vacinação contra o HPV e/ou contra os meningococos ACWY.

Date / Data : ____ / ____ / 20__ Signature du seul Parent/Responsable légal / Assinatura do único encarregado legal :

¹ Le cas échéant, indiquer le numéro Aide médicale de l'État (numéro de sécurité sociale temporaire). / Se for o caso, indicar o número da Aide Médicale de l'État (número provisório de segurança social).

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). / A vacinação de menores requer a autorização de ambos os titulares das responsabilidades parentais. Assim, no caso de assinatura por apenas um dos progenitores, por impossibilidade material do outro assinar, o signatário compromete-se, sob honra, a que a pessoa co-titular das responsabilidades parentais deu o seu consentimento. Qualquer declaração ou informação que se revele inexacta ou falsificada será da exclusiva responsabilidade do signatário e poderá ser punida com pena de prisão até um ano e multa até 15 000 euros (artigo 441-7 do Código Penal francês).

AUTORISATION PARENTALE EN LIGNE AUTORIZAÇÃO PARENTAL ONLINE



Les parents qui le souhaitent
peuvent remplir cette autorisation
en ligne / Os pais que assim o desejarem podem
preencher esta autorização online :

En scannant le QR code ci-dessous / Ao digitalizar o código QR abaixo :



Ou en se connectant sur le site suivant / **Ou** acedendo ao seguinte
sítio : <https://colleges.campagneDEVaccination.fr/ges/>

INFORMATIONS SUR LE VACCIN CONTRE LES INFECTIONS A HPV ET CONTRE LES MÉNINGITES ACWY INFORMAÇÕES SOBRE A VACINA CONTRA AS INFEÇÕES POR HPV E CONTRA AS MENINGITES ACWY

A vacina contra as infeções por vírus do papiloma humano (HPV), com a qual o seu filho(a) será vacinado(a), é segura e eficaz. A vacinação contra o HPV é recomendada para todas as raparigas e todos os rapazes com idades entre os 11 e os 14 anos completos. Ao proteger os nossos adolescentes desde já, ajudamos a reduzir significativamente o risco de desenvolverem cancro associados ao HPV no futuro. De facto, estudos demonstraram que a vacinação pode reduzir em até 90 % o risco de infeções por HPV, o que diminui também o risco de lesões pré-cancerígenas e de cancro associados. A vacinação contra as infeções invasivas por meningococos dos grupos ACWY é igualmente recomendada para todos os jovens dos 11 aos 14 anos. As meningites são infeções transmissíveis graves que afetam especialmente adolescentes e jovens adultos. Podem ser fatais ou deixar sequelas significativas. A vacinação com uma única dose contra os meningococos ACWY proporciona uma proteção eficaz e duradoura. Tal como com qualquer vacina, podem ocorrer efeitos secundários ligeiros, na sua maioria benignos.

Mais informações estão disponíveis no site da Agência Nacional de Segurança do Medicamento e dos Produtos de Saúde (ANSM): www.ansm.sante.fr ou através da leitura do código QR abaixo:



REALIZAÇÃO DA SESSÃO DE VACINAÇÃO

Antes da administração da vacina, a equipa médica falará com o seu filho(a) e verificará o seu boletim de vacinas. De seguida, será administrada, num espaço confidencial, uma dose da vacina contra o HPV e/ou uma dose contra os meningococos ACWY. É possível administrar ambas as vacinas na mesma sessão.

Após a(s) injeção(ões), podem ocorrer desmaios, por vezes acompanhados de tremores ou rigidez muscular, e quedas. Embora estes episódios sejam raros, o seu filho(a) será mantido sob observação pela equipa médica durante 15 minutos após a vacinação.

INFORMAÇÃO RELATIVA À PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS (INFORMÁTICA E LIBERDADES)

Esta campanha de vacinação implica o tratamento de dados pessoais. Em particular, os formulários de autorização serão utilizados pelas estruturas e centros de vacinação mobilizados pelas ARS (Agências Regionais de Saúde) com o objetivo de organizar a campanha nacional de vacinação contra o HPV e de recuperar eventuais outras vacinas em falta. Estes tratamentos são realizados sob a responsabilidade conjunta da ARS competente e do centro de vacinação ou estrutura de prevenção designados para vacinar o seu filho(a).

A escola do seu filho(a) é apenas responsável por recolher, em nome dos responsáveis pelo tratamento dos dados, o presente formulário preenchido por si e por o transmitir ao centro ou estrutura de vacinação. Esta transmissão é feita em envelope fechado, pelo que o estabelecimento escolar não tem acesso às informações contidas no formulário.

Os únicos destinatários dos dados recolhidos são os profissionais autorizados das estruturas de saúde designadas pela ARS da respetiva área territorial. Estes dados poderão ser conservados durante 18 anos a contar da data de vacinação, unicamente para efeitos de eventual investigação em caso de responsabilidade. Nos termos dos artigos 15, 16, 18 e 21 do RGPD, os direitos de acesso, retificação, limitação e oposição relativos ao tratamento dos formulários de autorização devem ser exercidos junto do diretor do estabelecimento escolar. Este último encaminhará, sem demora e por qualquer meio, os pedidos para o centro ou estrutura de vacinação territorialmente competente.

Além disso, após a vacinação realizada no estabelecimento, os mesmos centros e estruturas utilizarão os formulários para transmitir à Segurança Social os elementos necessários à compensação dos custos com as vacinas. Informações adicionais sobre estes tratamentos estão disponíveis no site do Ministério da Saúde e das ARS.