

AUTORISATION PARENTALE POUR LA VACCINATION
CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV) ET/OU CONTRE LES MÉNINGITES À MÉNINGOCOQUES ACWY
РОДИТЕЛЬСКОЕ СОГЛАСИЕ НА ВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ ВИРУСОВ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА (ВПЧ) И / ИЛИ МЕНИНГОКОККОВЫХ МЕНИНГИТОВ ACWY
☞ Ce formulaire est très simple, rapide à remplir et très important !
Эту форму очень просто и быстро заполнить, и она очень важна!

 **Vous pouvez aussi remplir cette autorisation en ligne (cf. modalités au verso de cette page)**
Вы также можете заполнить это согласие онлайн (см. порядок на обратной стороне этой страницы)
(Des informations sur la séance de vaccination et les vaccins figurent au verso de cette page)
(Информация о сеансе вакцинации и вакцинах приведена на обратной стороне этой страницы)

Nom de l'enfant / **Фамилия ребенка**: _____ Prénom de l'enfant / **Имя ребенка**: _____
Date de naissance / **Дата рождения**: ____ / ____ / ____ Sexe / **Пол**: ☐ F / ☐ Ж ☐ G / ☐ M
Nom du collège / **Название колледжа**: _____ Commune du collège / **Муниципалитет колледжа**: _____

	Parent / Responsable légal 1 Родитель (Законный представитель) 1	Parent / Responsable légal 2 Родитель (Законный представитель) 2
Nom – Prénom / Фамилия – Имя		
Téléphone portable / Мобильный телефон		
Numéro de sécurité sociale¹ Номер соц. страхования¹	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
Régime de sécurité sociale Режим соц. страхования	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Иной : _____	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Иной : _____
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. Эта информация указана в свидетельстве о правах ребенка или родителя (родителей), к которому он привязан. Его можно найти в личном кабинете Ameli: https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits. При желании вы можете приложить это свидетельство к форме родительского согласия, чтобы упростить оформление.		

Je soussigné(e) / Я, нижеподписавшийся (-аяся),

☐ autorise le centre de vaccination à vacciner **contre les infections HPV** l'enfant ci-dessus désigné / даю разрешение центру вакцинации провести вакцинацию вышеуказанного ребенка **против ВПЧ**.

☐ autorise le centre de vaccination à vacciner **contre les méningites à méningocoque ACWY** l'enfant ci-dessus désigné / даю разрешение центру вакцинации провести вакцинацию вышеуказанного ребенка **против менингококковых менингитов ACWY**.

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.

Для вакцинации против ВПЧ требуется 2 дозы с интервалом от 5 до 13 месяцев, если она проводится в возрасте от 11 до 14 лет. Для вакцинации против менингококков ACWY требуется одна доза. Выбор вакцины осуществляется медицинской бригадой.

☐ 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 / обязуюсь предоставить медицинскую книжку моего ребенка в день вакцинации, в противном случае вакцинация не будет проведена.

☐ 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 / подтверждаю, что не могу предъявить медицинскую книжку (утеряна...) и не сделал(а) ребенку необходимые прививки.

☐ n'autorise pas le centre de vaccination à vacciner **contre les infections HPV** l'enfant ci-dessus désigné / не даю разрешения центру вакцинации на вакцинацию **против инфекций ВПЧ** вышеуказанного ребенка.

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

Если ребенок уже был вакцинирован против ВПЧ (название вакцины: Gardasil9®), укажите дату (даты) вакцинации:

Date de la dose 1 / Дата введения дозы 1 ____ / ____ / ____ Date de la dose 2 / Дата введения дозы 2 ____ / ____ / ____

☐ n'autorise pas le centre de vaccination à vacciner **contre les méningites à méningocoque ACWY** l'enfant ci-dessus désigné / не разрешаю центру вакцинации проводить вакцинацию **против менингококковых менингитов ACWY** вышеуказанному ребенку.

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.

Если ребенок уже получил прививку от менингококковой инфекции ACWY (название вакцин: Nimenrix, MenQuadfi, Menvéo), укажите дату введения дозы :

Date de la dose / Дата введения дозы : ____ / ____ / ____

Date / Дата : ____ / ____ / 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.

В случае электронной подписи родитель (законный представитель), ставящий свою подпись, заявляет, что другой родитель (законный представитель) дал свое разрешение. При подписании документа в бумажной форме оба родителя (законных представителя) должны поставить свои подписи.

Signature Parent/Responsable légal 1 / Подпись родителя (законного представителя) 1

Signature Parent/Responsable légal 2 / Подпись родителя (законного представителя) 2 :

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal² / Заполнить в случае подписания одним законным представителем² :

☐ Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné / Я заявляю, что являюсь единственным законным представителем вышеуказанного ребенка.

☐ 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 / Я ответственно заявляю, что второй законный представитель ребенка: господин, госпожа _____, не может подписать настоящий формуляр по уважительным причинам, но дал свое разрешение на вакцинацию против ВПЧ и/или менингококков ACWY.

Date / Дата : ____ / ____ / 20__

Signature du seul Parent/Responsable légal / Подпись единственного родителя (законного представителя):

¹ Le cas échéant, indiquer le numéro Aide médicale de l'État (numéro de sécurité sociale temporaire). / В соответствующих случаях укажите номер Медицинской помощи государства (временный номер социального страхования).

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). Вакцинация несовершеннолетних требует согласия обоих родителей. Поэтому, если форму подписывает только один родитель, поскольку другой физически не может поставить свою подпись, подписавший обязуется под свою ответственность убедиться, что лицо, обладающее совместными родительскими правами, дало свое согласие. Ответственность за любое заявление или информацию, которые окажутся неточными или ложными, лежит исключительно на подписавшем лице и может караться тюремным заключением сроком на один год и штрафом в размере 15 000 евро (статья 441-7 Уголовного кодекса Франции).

AUTORISATION PARENTALE EN LIGNE РОДИТЕЛЬСКОЕ СОГЛАСИЕ ОНЛАЙН

En scannant le QR code ci-dessous / Сканируя нижеприведенный QR-код:



Les parents qui le souhaitent
peuvent remplir cette autorisation
en ligne / По желанию родители могут заполнить это
согласие онлайн:



Ou en se connectant sur le site suivant / Или перейдя по следующей
ссылке: <https://colleges.campagneDEVaccination.fr/ges/>

INFORMATIONS SUR LE VACCIN CONTRE LES INFECTIONS A HPV ET CONTRE LES MÉNINGITES ACWY ИНФОРМАЦИЯ О ВАКЦИНЕ ПРОТИВ ВПЧ И МЕНИНГИТОВ ACWY

Вакцина против папилломавирусных инфекций (ВПЧ), которой будет привит ваш ребенок, безопасна и эффективна. Вакцинация против ВПЧ рекомендуется всем девочкам и мальчикам в возрасте от 11 до 14 лет. Защитив наших подростков уже сейчас, мы можем помочь им значительно снизить риск развития рака, связанного с ВПЧ, в более позднем возрасте. Исследования показали, что вакцинация против ВПЧ может существенно снизить риск развития инфекций, вызываемых ВПЧ, до 90 %, что также значительно снижает риск развития предраковых поражений и связанных с ними видов рака.

Вакцинация против инвазивных менингококковых инфекций ACWY рекомендуется всем подросткам в возрасте от 11 до 14 лет. Менингит – это тяжелая инфекционная болезнь, которая особенно часто встречается у подростков и молодых людей. Она может привести к летальному исходу или вызвать серьезные осложнения. Вакцинация против менингококков ACWY с помощью одной дозы вакцины обеспечивает эффективную и длительную защиту. Как и в случае со всеми вакцинами, возможны некоторые побочные эффекты, которые в большинстве случаев носят легкий характер.

Национального агентства по безопасности лекарственных средств и медицинских изделий: www.ansm.sante.fr или сканируя QR-код ниже.



ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ

Перед вакцинацией медицинский персонал поговорит с вашим ребенком и проверит его медицинскую карту. Затем вашему ребенку в отдельном помещении будет введена доза вакцины против ВПЧ и/или доза вакцины против менингококков ACWY. Обе вакцины могут быть введены во время одного приема.

После инъекции могут возникнуть обмороки, иногда сопровождающиеся дрожью или мышечной ригидностью, а также падениями. Хотя случаи обмороков редки, ваш ребенок останется под наблюдением медицинской бригады в течение 15 минут после введения вакцины.

ПРАВОВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ О ЗАЩИТЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Настоящая кампания вакцинации предполагает обработку персональных данных.

В частности, формы разрешения на вакцинацию будут использоваться структурами и центрами вакцинации, привлеченными региональными агентствами здравоохранения (Agence régionale de santé, ARS), для организации национальной кампании вакцинации против инфекций, вызываемых папилломавирусом человека, и возможной довакцинации. Эта обработка осуществляется под совместной ответственностью компетентного ARS и центра вакцинации или профилактической структуры, назначенной ARS, осуществляющей вакцинацию вашего ребенка.

Учебное заведение вашего ребенка несет ответственность только за сбор от имени этих ответственных за обработку данных настоящего разрешения, заполненного вами, которое оно затем передает в центр или структуру вакцинации. Передача осуществляется в запечатанном конверте, поэтому учебные заведения не имеют доступа к содержащейся в нем информации.

Получателями собранных данных являются только уполномоченные сотрудники медицинских учреждений, уполномоченных ARS на своей территории. Эти данные могут храниться этими организациями в целях возможного расследования ответственности в течение 18 лет с момента вакцинации.

Права на доступ, исправление, ограничение и возражение, предусмотренные статьями 15, 16, 18 и 21 RGPD, в отношении обработки форм разрешения осуществляются через руководителя учреждения, который незамедлительно и любым способом направляет запросы об осуществлении прав лиц в территориально компетентный центр или организацию, осуществляющую вакцинацию.

Кроме того, после проведения вакцинации в учебном заведении эти формы будут использованы теми же центрами и учреждениями вакцинации для направления в службу медицинского страхования (Assurance maladie) информации, необходимой для оплаты этих вакцин.

Дополнительная информация об этих процедурах доступна на веб-сайте министерства здравоохранения и ARS.