

**AUTORISATION PARENTALE POUR LA VACCINATION
CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV) ET/OU CONTRE LES MÉNINGITES À MÉNINGOCOQUES ACWY**
ЗГОДА БАТЬКІВ НА ВАКЦИНАЦІЮ ПРОТИ ПАПІЛОМАВІРУСУ ЛЮДИНИ (ВПЛ) ТА/АБО МЕНІНГОКОКОВОГО МЕНІНГІТУ ACWY

📄 Ce formulaire est très simple, rapide à remplir et très important !
Ця форма дуже проста, її швидко заповнити та вона дуже важлива!



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)

Ви також можете заповнити цю форму згоди онлайн (див. умови на звороті цієї сторінки)
(Інформація про сеанс вакцинації та вакцини наведена на звороті цієї сторінки)

Nom de l'enfant / Прізвище дитини: _____ Prénom de l'enfant / Ім'я дитини: _____
Date de naissance / Дата народження: ____ / ____ / ____ Sexe / Стать: ☐ F / Ж ☐ G / Ч
Nom du collège / Назва коледжу: _____ Commune du collège / Місто коледжу: _____

	Parent / Responsable légal 1 Батько / офіційний представник 1	Parent / Responsable légal 2 Мати / офіційний представник 2
Nom – Prénom / Прізвище – Ім'я		
Téléphone portable / Мобільний телефон		
Numéro de sécurité sociale ¹ Номер медичного страхування ¹	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
Régime de sécurité sociale Режим медичного страхування	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre / Інше : _____	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre / Інше : _____
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. Ця інформація міститься у документі про права дитини або батька/матері (батьків), до яких вона прикріплена. Це доступно в обліковому записі Ameli: https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits. Ви можете, якщо хочете, прикріпити цей документ до форми батьківського дозволу, щоб полегшити процедури.		

Je soussigné(e), / Я, нижчепідписаний(-а),

☐ **autorise** le centre de vaccination à vacciner **contre les infections HPV** l'enfant ci-dessus désigné. / **я уповноважую** центр вакцинації зробити щеплення вищезгаданій дитині **проти ВПЛ-інфекцій**.

☐ **autorise** le centre de vaccination à vacciner **contre les méningites à méningocoque ACWY** l'enfant ci-dessus désigné. / **я повноважую** центр вакцинації зробити щеплення вищезгаданій дитині **проти менінгококового менінгіту, спричиненого 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.

Вакцинація проти ВПЛ вимагає **двох доз з інтервалом від 5 до 13 місяців**, якщо вакцинація проводиться у віці від 11 до 14 років. Вакцинація проти менінгококового ACWY вимагає однієї дози. Спеціалізацію вакцини обирає медична бригада.

☐ **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. / **я погоджуюся надати своїй дитині медичну карту** в день вакцинації, інакше вакцинація не може бути 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. / **я підтверджую, що не можу надати медичну карту (втрачена тощо) і що раніше я не вакцинував(-ла) свою дитину для запитуваних щеплень**.

☐ **n'autorise pas** le centre de vaccination à vacciner **contre les infections HPV** l'enfant ci-dessus désigné. / **я не уповноважую** центр вакцинації зробити щеплення вищезгаданій дитині **проти ВПЛ-інфекцій**.

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

Якщо дитина вже отримала вакцинацію проти ВПЛ (назва вакцини: Gardasil9[®]), будь ласка, вкажіть дату(и):

Date de la Dose 1 / Дата дози № 1 ____ / ____ / ____ Date de la Dose 2 / Дата дози № 2 ____ / ____ / ____

☐ **n'autorise pas** le centre de vaccination à vacciner **contre les méningites à méningocoque ACWY** l'enfant ci-dessus désigné. / **я не уповноважую** центр вакцинації зробити щеплення вищезгаданій дитині **проти менінгококового менінгіту, спричиненого ACWY**.

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 :

Якщо дитина вже отримала вакцинацію проти менінгококового менінгіту, спричиненого ACWY (назви вакцин: Nimenrix, MenQuadfi, Menvéo), будь ласка, вкажіть дату:

Date de la Dose / Дата отримання дози ____ / ____ / ____

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.

У випадку електронного підпису, батько/мати/офіційний представник, що підписує, заявляє своєю честю, що інший батько/мати/офіційний представник надав свій дозвіл. У випадку підписи на папері, обидва батьки/офіційні представники повинні поставити свій підпис.

Signature Parent/Responsable légal 1 / Підпис батька/матері/офіційного представника 1:

Signature Parent/Responsable légal 2 / Підпис батька/матері/офіційного представника 2:

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal² / Заповнюється, якщо підписує лише один офіційний представник²:

☐ Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné. / **Я заявляю, що я є єдиним офіційним представником вищезгаданій дитини.**

☐ 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 заявляю, що другий**

офіційний представник дитини: пан, пані _____, фактично не може підписати цю форму, але надав(ла) свій дозвіл на

вакцинацію проти ВПЛ та/або менінгокока ACWY².

Date / Дата: ____ / ____ / 20__

Signature du seul Parent/Responsable légal / Підпис батька/матері/офіційного представника:

¹ Le cas échéant, indiquer le numéro Aide médicale de l'État (numéro de sécurité sociale temporaire). / Якщо можливо, вкажіть номер державної медичної допомоги (тимчасовий номер соціального страхування).

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). / Для вакцинації неповнолітніх потрібна згода обох батьків, які мають батьківські повноваження. Таким чином, у разі підпису лише одним із батьків через фізичну неможливість підписання за іншого з батьків, особа, яка підписала документ, своєю честю засвідчує, що особа, яка має спільні батьківські права, надала йому дозвіл. Будь-яка заява чи інформація, що виявиться неточною або фальсифікованою, є виключною відповідальністю особи, яка підписала документ, і може бути покарана позбавленням волі на один рік та штрафом у розмірі 15 000 євро (стаття 441-7 Кримінального кодексу).

AUTORISATION PARENTALE EN LIGNE ОНЛАЙН-ЗГОДА БАТЬКІВ

En scannant le QR code ci-dessous / Відсканувавши QR-код нижче:

Les parents qui le souhaitent
peuvent remplir cette autorisation
en ligne / Батьки, які бажають заповнити цю форму
згоди онлайн:



Ou en se connectant sur le site suivant / Або перейшовши на наступний
веб-сайт: <https://colleges.campagnedevaccination.fr/ges/>

INFORMATIONS SUR LE VACCIN CONTRE LES INFECTIONS A HPV ET CONTRE LES MÉNINGITES ACWY ІНФОРМАЦІЯ ПРО ВАКЦИНУ ПРОТИ ІНФЕКЦІЙ, СПРИЧИНЕНИХ ВІРУСОМ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ (ВПЛ), ТА ПРОТИ МЕНІНГІТУ ACWY

Вакцина проти інфекцій, спричинених вірусом папіломи людини (ВПЛ), якою буде вакциновано вашу дитину, є безпечною та ефективною. Вакцинація проти ВПЛ рекомендується всім дівчатам і хлопцям віком від 11 до 14 років включно. Захищаючи наших підлітків вже зараз, ми можемо значно зменшити ризик розвитку пов'язаних із ВПЛ онкологічних захворювань у майбутньому. Дослідження показали, що вакцинація проти ВПЛ може знизити ризик зараження до 90 %, що також істотно зменшує ризик передракових змін і пов'язаних з ВПЛ видів раку.

Вакцинація проти інвазивних менінгококових інфекцій типів ACWY рекомендується всім молодим людям віком від 11 до 14 років. Менінгіт — це серйозна інфекційна хвороба, що особливо вражає підлітків і молодих дорослих. Вона може призвести до смерті або залишити важкі ускладнення. Вакцинація одноразовою дозою проти менінгококів ACWY забезпечує ефективний і тривалий захист. Як і у випадку з усіма вакцинами, можливі незначні побічні ефекти, які в переважній більшості випадків є легкими.

Більше інформації про вакцину ви знайдете на сайті Національного агентства з безпеки лікарських засобів і продукції медичного призначення: www.anism.sante.fr або за допомогою сканування QR-коду нижче.



ХІД СЕАНСУ ВАКЦИНАЦІЇ

Перед вакцинацією медична бригада проведе опитування вашої дитини та перегляне її медичні записи. Після цього ваша дитина отримає дозу вакцини проти ВПЛ та/або дозу менінгококової вакцини ACWY у конфіденційному місці. Обидві вакцини можна ввести під час одного сеансу.

Після ін'єкції(й) може виникнути непритомність, іноді супроводжувана тремором або скутістю, а також може супроводжуватися падіннями. Хоча непритомність трапляється рідко, ваша дитина залишатиметься під наглядом медичної бригади протягом 15 хвилин після ін'єкції(й).

ПОЛІТИКА ЗАХИСТУ ДАНИХ ТА КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ

Ця кампанія з вакцинації передбачає обробку персональних даних.

Зокрема, форми дозволу на вакцинацію використовуватимуться установами та центрами вакцинації, мобілізованими Регіональним агентством охорони здоров'я (ARS), для організації національної кампанії вакцинації проти інфекцій вірусу папіломи людини та для будь-яких додаткових вакцинацій. Ця обробка здійснюється під спільною відповідальністю компетентного Регіонального агентства охорони здоров'я (ARS) та центру вакцинації або профілактичного закладу, визначеного ARS, який проводить вакцинацію вашої дитини.

Школа вашої дитини несе повну відповідальність за збір, від імені цих контролерів даних, цього дозволу, заповненого вами, який потім пересилається до центру або закладу вакцинації. Ця передача здійснюється в запечатаному конверті, і тому школи не мають жодної інформації, що міститься в ньому.

Єдиними одержувачами зібраних даних є уповноважений персонал медичних закладів, визначених ARS (Регіональним агентством охорони здоров'я) на їхній території. Ці установи можуть зберігати дані з метою можливого розслідування відповідальності протягом 18 років з дати вакцинації.

Права доступу, виправлення, обмеження та заперечення, передбачені статтями 15, 16, 18 та 21 GDPR, стосовно обробки, пов'язаної з формами авторизації, можна реалізувати, звернувшись до керівника закладу, який повинен без затримки та будь-якими засобами переслати запити на здійснення цих прав до територіально компетентного центру або закладу вакцинації.

Крім того, ці форми будуть використані, після проведення процедури вакцинації в закладі, цими ж центрами та закладами вакцинації для надсилання медичному страхуванню інформації, необхідної для відшкодування цих вакцин.

Додаткова інформація про ці операції обробки доступна на вебсайті Міністерства охорони здоров'я та Регіональних органів охорони здоров'я (ARS).