

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

(ACWY) إذن الوالدين للتطعيم ضد فيروس الورم الحلي (HPV) و/أو ضد التهاب السحايا بالمكورات السحائية
Q Ce formulaire est très simple, rapide à remplir et très important !
Q هذه الاستمارة بسيطة، سهلة وسريعة التعبئة، لكنها مهمة جدًا!



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)

يمكنك أيضًا ملء هذه الاستمارة إلكترونيًا (راجع التعليمات على ظهر هذه الصفحة)
(توجد معلومات حول جلسة التطعيم والفحائش على ظهر هذه الصفحة)



الاسم الشخ : _____ يص للطفل : _____ الاسم العائلي للطفل : _____
Date de naissance : ____/____/____ تاريخ الولادة Sexe : ☐ F ☐ G الجنس: أنثى ☐ ذكر
Nom du collège : _____ اسم المدرسة الإعدادية: _____ Commune du collège: _____ الإعدادية المدرسة بلدية:

	Parent / Responsable légal 1	Parent / Responsable légal 2
Nom - Prénom	الاسم واللقب	
Téléphone portable	الهاتف المحمول	
Numéro de sécurité sociale ¹	رقم الضمان الاجتماعي ¹	
Régime de sécurité sociale	نظام الضمان الاجتماعي	
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. هذه المعلومات متوفرة في شهادة حقوق الطفل أو في شهادة استحقاق الطفل أو شهادة أحد الوالدين الذي ينتسب إليه الطفل. وهذا متاح على حساب أي بلي (Ameli) https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits . ويمكنك إرفاق هذه الشهادة باستمارة إذن الوالدين لتسهيل الإجراءات إذا كنت ترغب في ذلك.		

Je soussigné(e), _____

أنا الموقع(ة) أدناه،

- ☐ **autorise** le centre de vaccination à vacciner **contre les infections HPV** l'enfant ci-dessus désigné.
- ☐ **autorise** le centre de vaccination à vacciner **contre les méningites à méningocoque ACWY** l'enfant ci-dessus désigné.
- 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.

يتطلب التطعيم ضد فيروس الورم الحلي 2 جرعات تفصل بينهما 5 إلى 13 شهراً عند إجرائها بين سن 11 و 14 عاماً. يتطلب التطعيم ضد التهاب السحايا بالمكورات السحائية جرعة واحدة فقط. يتم اختيار نوع اللقاح من قبل الفريق الطبي.
- ☐ **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.
- ☐ **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.
- ☐ **نلتزم بتزويد دفتر الصحة الخاص بطفلي** في يوم التطعيم، وإلا لن يتم التطعيم.
- ☐ **أقر بأنني غير قادر على تقديم دفتر الصحة (بسبب الضياع أو أسباب أخرى) ولأنني لم أقم بتطعيم طفلي مسبقاً بالفحائش المطلوبة**

- ☐ **n'autorise pas** le centre de vaccination à vacciner **contre les infections HPV** l'enfant ci-dessus désigné.
- Si l'enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les HPV (nom du vaccin : Gardasil9[®]), merci de préciser la ou les dates :

Date de la Dose 1 ____/____/____ Date de la Dose 2 ____/____/____
تاريخ الجرعة 1 ____/____/____ تاريخ الجرعة 2 ____/____/____
- ☐ **n'autorise pas** le centre de vaccination à vacciner **contre les méningites à méningocoque ACWY** l'enfant ci-dessus désigné.
- Si l'enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les méningites à méningocoque ACWY (nom des vaccins : Nimenrix, MenQuadfi, Menveo), merci de préciser la date : Date de la Dose ____/____/____

إذا كان الطفل قد تلقى بالفعل لقاحاً ضد التهاب السحايا بالمكورات السحائية (أسماء اللقاحات (Nimenrix, MenQuadfi, Menveo)، يرجى تحديد التاريخ: ____/____/____

Date : ____/____/20____ التاريخ: ____/____/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.

Signature Parent/Responsable légal 1 :

Signature Parent/Responsable légal 2 :

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal² :

☐ Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné.

☐ 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

Date : ____/____/20____

Signature du seul Parent/Responsable légal :

يجب الاستكمال إذا تم توقيع من قبل واحد.
☐ أصرح بأنني أنا الوحيد على الطفل المذكور أعلاه.
☐ أصرح بأنني أنا الوحيد على الطفل المذكور أعلاه.
السيد، السيدة، السيد، السيدة

غير قادر/قادرة مادياً على التوقيع على هذه الاستمارة ولكنه أعطى/أعطت تفويضه أو تفويضها للتطعيم ضد فيروس الورم الحلي

التاريخ: ____/____/20____

توقيع الوالد/الوالدة/الوحيد/الويدة

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

AUTORISATION PARENTALE EN LIGNE

En scannant le QR code ci-dessous :

إذن الوالدين عبر الإنترنت

عن طريق مسح رمز الاستجابة السريعة أدناه:



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

يمكن للوالدين الراغبين في ذلك ملء هذا الإذن عبر الإنترنت:



Ou en se connectant sur le site suivant :

أو عن طريق الدخول إلى الموقع التالي:

https://www.bretagne.ars.sante.fr/HPV_MenACWY

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

معلومات عن التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي (HPV) وضد التهاب السحايا بالمكورات السحائية ACWY

إن التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) الذي سيتم تطعيم طفلك به آمن وفعال. يوصى بالتطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري لجميع الفتيات والفتيان الذين تتراوح أعمارهم بين 11 و 14 عامًا. إن حماية مراهقنا الآن يمكن أن تساعد على تقليل خطر الإصابة بسرطانات مرتبطة بفيروس الورم الحليمي البشري في وقت لاحق من حياتهم بشكل كبير. فقد أثبتت الدراسات أن التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) يمكن أن يقلل بشكل كبير من خطر الإصابة بعدوى فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) بنسبة تصل إلى 90٪، مما يقلل أيضًا بشكل كبير من خطر الإصابة بالآفات السرطانية والسرطانات المرتبطة بها. يوصى بالتطعيم ضد التهاب السحايا بالمكورات السحائية المتطفلة ACWY لجميع الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 11 و 14 عامًا. التهاب السحايا هو عدوى معدية خطيرة تصيب المراهقين والشباب بشكل خاص. يمكن أن تؤدي إلى الوفاة أو تترك آثارًا خطيرة. يوفر التطعيم ضد التهاب السحايا بالمكورات السحائية ACWY بجرعة واحدة من اللقاح حماية فعالة وطويلة الأمد. كما هو الحال مع جميع اللقاحات، هناك بعض الآثار الجانبية المحتملة، وهي خفيفة في الغالبية العظمى من الحالات. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات حول اللقاح على موقع الوكالة الوطنية لسلامة الأدوية والمنتجات الصحية: www.ansm.sante.fr عن طريق مسح رمز الاستجابة السريعة أدناه.



طريقة عمل جلسة التطعيم

يقوم الفريق الط. بـ قبل جلسة التطعيم بالتحدث مع طفلك والتحقق من دفنك الصحة. وبعد ذلك سيتم حقن طفلك بجرعة من لقاح فيروس الورم الحليمي. يم الب رشى أو ضد التهاب السحايا بالمكورات السحائية^ن في مكان محجوب. يمكن حقن هذين النوع ر في من التطعيمات^ن في نفس الجلسة. وقد يحدث الإغماء بعد الحقن مصحوبًا "أحيانًا" بارتعاش أو تيبس وقد يصاحبه سقوط. ولكن على الرغم من أن حالات الإغماء غري شائعة، إلا أن طفلك سيبقى تحت الملاحظة، وبإشراف الفريق الط. بـ، لمدة 15 دقيقة بعد حقن اللقاح.

معلومات عن معالجة البيانات والحريات

تتضمن حملة التطعيم الحالية معالجة البيانات الشخصية. على وجه الخصوص، سيتم استخدام استمارات تصريح التطعيم من قبل هيئات ومراكز التطعيم التي قامت الوكالة الصحية الإقليمية ARS بتخصيصها لأغراض تنظيم حملة التطعيم الوطنية ضد عدوى فيروس الورم الحليمي البشري وجميع التطعيمات التكميلية. ويتم تنفيذ هذه العلاجات تحت المسؤولية المشتركة للوكالة الإقليمية للصحة ذات الصلة ومركز التطعيم أو هيكل الوقاية الذي تحدده الوكالة الصحية الإقليمية ARS التي تقوم بتطعيم طفلك. تتولى مدرسة طفلك وحدها مسؤولية جمع هذا الإذن، الذي تقوم أنت بتعبئته، نيابةً عن المتحكمين في البيانات، وإرساله إلى مركز أو منشأة التطعيم. ويتم إرسال هذا الإذن في ظرف مختوم، وبالتالي فإن المدارس ليست مطلعة على المعلومات التي يحتوي عليها. ويكون الملقون الوحيدون للبيانات التي يتم جمعها هم الموظفون المعتمدون داخل الهيئات الصحية التي تحددها الوكالة الإقليمية للصحة ARS في إقليمهم. ويمكن لهذه الهيئات الاحتفاظ بالبيانات لأغراض أي تحقيقات تتعلق بالمسؤولية، لمدة 18 عامًا اعتبارًا من تاريخ التطعيم. ويمكن أن يمارس رئيس المنشأة حقوق الوصول والتصحيح والتقييد والمعارضة المنصوص عليها في المواد 15 و 16 و 18 و 21 من اللائحة العامة لحماية البيانات، فيما يتعلق بمعالجة نماذج التفويض، لدى مدير المؤسسة الذي يقوم على الفور وبإي وسيلة بإرسال طلبات ممارسة حقوق الأفراد إلى المركز أو الهيكل المختص إقليمياً بالتطعيم. علاوة على ذلك، سيتم استخدام هذه الاستمارات، بمجرد إجراء التطعيم في المؤسسة، من قبل مراكز وهيئات التطعيم نفسها، من ناحية، لإرسال المعلومات المطلوبة للتأمين الصحي لتغطية تكلفة هذه اللقاحات. يتوفر المزيد من المعلومات حول هذه المعالجة على الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة والوكالات الإقليمية للصحة ARS.