

**AUTORISATION PARENTALE POUR LA VACCINATION
CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV) ET/OU CONTRE LES MÉNINGITES À MÉNINGOCOQUES ACWY
AUTORIZACIÓN PARENTAL PARA LA VACUNACIÓN CONTRA LOS VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) Y/O CONTRA LAS MENINGITIS POR
MENINGOCOCO ACWY**

✎ Ce formulaire est très simple, rapide à remplir et très important !
Este formulario es muy sencillo, rápido de rellenar y muy importante.

👉 Vous pouvez aussi remplir cette autorisation en ligne (cf. modalités au verso de cette page)
También puede rellenar esta autorización en línea (véase las instrucciones al dorso de esta página)
(Des informations sur la séance de vaccination et les vaccins figurent au verso de cette page)
(En el dorso de esta página encontrará información sobre la sesión de vacunación y las vacunas)

Nom de l'enfant : / Apellidos del niño(a): _____ Prénom de l'enfant : / Nombre del niño(a): _____
Date de naissance : / Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexe : / Sexo: ☐ F / F ☐ G / M
Nom du collège : / Nombre del colegio: _____ Commune du collège : / Comuna del colegio: _____

	Parent / Responsable légal 1 Padre o madre / Tutor legal 1	Parent / Responsable légal 2 Padre o madre / Tutor legal 2
Nom – Prénom / Apellidos – Nombre		
Téléphone portable / Teléfono móvil		
Numéro de sécurité sociale ¹ Número de seguridad social ¹	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
Régime de sécurité sociale Régimen de la Seguridad Social	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre / Otro: ____	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre / Otro: ____
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. Esta información figura en el certificado de derechos del niño(a) o del padre/madre al que esté vinculado(a). Está disponible en la cuenta Ameli: https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits. Si lo desea, puede adjuntar este certificado al formulario de autorización parental para facilitar los trámites.		

Je soussigné(e) / Yo, el(la) abajo firmante, _____

☐ autorise le centre de vaccination à vacciner **contre les infections HPV** l'enfant ci-dessus désigné. / autorizo al centro de vacunación a vacunar al niño(a) arriba mencionado(a) **contra las infecciones por VPH**.

☐ autorise le centre de vaccination à vacciner **contre les méningites à méningocoque ACWY** l'enfant ci-dessus désigné. / autorizo al centro de vacunación a vacunar al niño(a) arriba mencionado(a) **contra las meningitis por meningococo 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.
Cuando se administra entre los 11 y los 14 años, la vacunación contra los VPH requiere dos dosis con un intervalo de entre 5 y 13 meses. La vacuna contra los meningococos ACWY requiere una sola dosis. El equipo médico elige el tipo de vacuna.

☐ 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. / me comprometo a proporcionar la cartilla sanitaria de mi hijo(a) el día de la vacunación, sin la cual no se podrá realizar la vacunación.

☐ 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. / certifico que no puedo presentar la cartilla sanitaria (por pérdida, etc.) y que no he vacunado previamente a mi hijo(a) con las vacunas requeridas.

☐ n'autorise pas le centre de vaccination à vacciner **contre les infections HPV** l'enfant ci-dessus désigné. / no autorizo al centro de vacunación a vacunar al niño(a) arriba mencionado(a) **contra las infecciones por VPH**.

Si l'enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les HPV (nom du vaccin : Gardasil9®), merci de préciser la ou les dates :
Si el(la) niño(a) ya ha sido vacunado(a) contra los VPH (nombre de la vacuna: Gardasil9®), especifique la(s) fecha(s):

Date de la Dose 1 / Fecha de la Dosis 1 ____ / ____ / ____ Date de la Dose 2 / Fecha de la Dosis 2 ____ / ____ / ____

☐ n'autorise pas le centre de vaccination à vacciner **contre les méningites à méningocoque ACWY** l'enfant ci-dessus désigné. / no autorizo al centro de vacunación a vacunar al niño(a) arriba mencionado(a) **contra las meningitis por meningococos 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 :
Si el(la) niño(a) ya ha sido vacunado(a) contra los VPH (nombre de la vacuna: Nimenrix, MenQuadfi, Menvéo), especifique la fecha:

Date de la Dose / Fecha de la Dosis ____ / ____ / ____

Date / Fecha: ____ / ____ / 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.

En caso de firma electrónica, el padre o madre/tutor legal firmante declara que el otro padre o madre/tutor legal ha dado su autorización. En caso de firma en papel, deberán firmar ambos padre y madre/tutores legales.

Signature Parent/Responsable légal 1 / Firma Padre o Madre/Tutor legal 1: _____ Signature Parent/Responsable légal 2 / Firma Padre o Madre/Tutor legal 2: _____

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal² : / A rellenar si solo firma un tutor legal² : _____

¹ Le cas échéant, indiquer le numéro Aide médicale de l'Etat (numéro de sécurité sociale temporaire). / Si procede, indique el número de la Ayuda Médica del Estado (número temporal de la Seguridad 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 falsifiée,

☐ Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné. / Declaro que soy el único tutor legal del niño(a) antes mencionado(a).
☐ 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 que el segundo tutor del niño(a): D./D.ª _____, no está en condiciones materiales de firmar el presente formulario, pero ha dado su autorización para la vacunación contra los VPH y/o contra los meningococos ACWY²

Date / Fecha: ____ / ____ / 20__

Signature du seul Parent/Responsable légal / Firma del único padre o madre/tutor legal :

AUTORISATION PARENTALE EN LIGNE AUTORIZACIÓN PARENTAL EN LÍNEA

 Les parents qui le souhaitent peuvent remplir cette autorisation en ligne / Los padres o madres que lo deseen pueden rellenar esta autorización en línea:

En scannant le QR code ci-dessous / Escaneando el código QR a continuación:



Ou en se connectant sur le site suivant / O accediendo a la siguiente página web:
https://www.bretagne.ars.sante.fr/HPV_MenACWY

INFORMATIONS SUR LE VACCIN CONTRE LES INFECTIONS A HPV ET CONTRE LES MÉNINGITES ACWY INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA CONTRA LOS VPH Y LAS MENINGITIS ACWY

La vacuna contre les infections par le virus du papilloma humain (VPH) avec laquelle on vaccinera son enfant est une vaccine sûre et efficace. Se recommande la vaccination contre les infections par le VPH à toutes les filles et tous les garçons de 11 à 14 ans accomplis. En protégeant nos adolescents maintenant, nous pouvons leur aider à réduire significativement le risque de développer des cancers liés aux VPH plus tard dans leur vie. En fait, les études ont démontré que la vaccination contre les VPH peut réduire le risque de développer des infections par VPH de manière significative jusqu'à 90 %, ce qui réduit également considérablement le risque de développer des lésions précancéreuses et des cancers associés.

Se recommande la vaccination contre les infections invasives par les méningocoques ACWY chez tous les jeunes de 11 à 14 ans. Les méningites sont des infections transmissibles graves qui affectent particulièrement les adolescents et les jeunes adultes. Elles peuvent provoquer la mort ou laisser des séquelles importantes. La vaccination contre les méningocoques ACWY avec une dose unique de vaccine procure une protection efficace et prolongée. Comme pour toutes les vaccins, il est possible que certains effets secondaires apparaissent, la plupart étant mineurs.

Puede encontrar más información sobre la vacuna en la página web de la Agencia Nacional de Seguridad de Medicamentos y Productos Sanitarios: www.ansm.sante.fr o escaneando el código QR a continuación.



DESARROLLO DE LA SESIÓN DE VACUNACIÓN

Antes de la sesión de vacunación, el equipo médico hablará con su hijo(a) y comprobará su cartilla sanitaria. A continuación, se inyectará a su hijo(a) una dosis de la vacuna contra los VPH y/o una dosis de la vacuna contra los meningococos ACWY en una sala privada. Es posible administrar estas dos vacunas en una misma sesión.

Tras la inyección o inyecciones, pueden producirse desmayos, a veces junto con temblores o rigidez, y pueden ir acompañados de caídas. Aunque los casos de desmayo son poco frecuentes, su hijo(a) permanecerá en observación, bajo la supervisión del equipo médico, durante los 15 minutos siguientes a la inyección de la vacuna o vacunas.

INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO INFORMÁTICO DE DATOS Y LAS LIBERTADES

La presente campaña de vacunación implica el tratamiento de datos personales.

En particular, los formularios de autorización de vacunación serán utilizados por los establecimientos y centros de vacunación movilizados por la ARS con el fin de organizar la campaña nacional de vacunación contra las infecciones por el virus del papilloma humano y las eventuales vacunaciones de refuerzo. Este tratamiento se realiza bajo la responsabilidad conjunta de la Agencia Regional de Salud competente y del centro de vacunación o establecimiento de prevención designado por la ARS que lleva a cabo la vacunación de su hijo(a).

El establecimiento escolar de su hijo(a) es el único responsable de recabar la presente autorización, cumplimentada por usted, en nombre de los responsables del tratamiento, y de enviarla al centro o establecimiento de vacunación. Esta autorización se envía en un sobre cerrado, por lo que los establecimientos no tienen conocimiento de la información que contiene.

Los únicos destinatarios de los datos recopilados son el personal autorizado de los centros sanitarios designados por las ARS en su territorio. Estos establecimientos podrán conservar los datos a efectos de posibles diligencias de responsabilidad.

El responsable del establecimiento podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación y oposición previstos en los artículos 15, 16,

18 y 21 del RGPD en lo referente a este tratamiento relativo a la recopilación de los formularios de autorización. El responsable del establecimiento transmitirá las solicitudes de ejercicio de estos derechos al centro o establecimiento de vacunación correspondiente sin demora y por cualquier medio.

Del mismo modo, podrá ejercer sus derechos en virtud del artículo 85 de la ley n.º 78-17 del 6 de enero de 1978 relativa a la informática, los archivos y las libertades.

Asimismo, una vez realizada la vacunación en el establecimiento, estos formularios serán utilizados por estos mismos centros y establecimientos de vacunación, por una parte, para enviar a la seguridad social la información necesaria para cubrir el coste de estas vacunas y, por otra parte, para enviar datos agregados y no nominativos a la Agencia nacional de salud pública/Salud Pública de Francia, de acuerdo con sus misiones de vigilancia sanitaria y supervisión epidemiológica.

Encontrará más información sobre este tratamiento en la página web del Ministerio de Sanidad y de las ARS.