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

د انسا أن بابيلوماويروس (HPV) او/يا م أُرثيت منگوكو ك ACWY خلاف

الCe formulaire est très simple, rapide à remplir et très important ! انا فورمه ساده ده، په اسا آن سره بش پښې او ډېره مهمه دها

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)
کو ال ال الله دغه اجازهلیک په اتالاین بله پش پرکویا (اصول او (اصليات این در در پران پران پر شاته و اور الل)

(د واکسیناسین او واکس ای د درو اروف معلمات دد در این پران پرشاته وادو الله)

Mom de l'enfant :	دم Prénom de l'enfant :	د ماشوم تخلص:
Date de naissance :/	س: 🗈 مونث 🗈 مذکر	iş.
Nom du collège : دگاج نوم:	Commune du collège :	د کلج ښاوا ل
	Parent / Responsable légal 1	Parent / Responsable légal 2 رفستين المثل تعريب ا
om – Prénom اَوْمِ اَوْ تَمْلُسُ		
يوناني شورت (Héphone portable		
uméro de sécurité sociale ¹ سوسال د عوتنیتون شعر به	ппппппп	
égime de sécurité sociale موسال د فوليتوب سيستم	□ CPAM □ MSA □ MGEN □ Autre / نور:	□ CPAM □ MSA □ MGEN □ Autre / نود:
tes informations figurent sur l'attestation de droits de l'enfant ou du/de		sur le compte Ameli : ation au formulaire d'autorisation parentale afin de faciliter les démarches. ه معلومات د ماشوم یا والدینو، هغه والدین _{یچ} ماشوم ورسره تراو ولرې، د حقونو په تصدیقیانه _ی کی لوستل کېدای ^گ ش رنو د اما ^ن کړن لېاره دغه تصدیقیانه د والدینو له اجازهلیک سره ضمیعه کړئ.
Je soussigné(e),		زه لاندي لاسليک کوونکی،
<u>autorise</u> le centre de vaccination à vacciner contre les i		🗆 د واکسیناسیون <i>تو</i> کر ته اجا <u>ره و کوم؛</u> بچ ذکر شوی ماشوم د HPV عفونتونو بر ضد واکس ^{فی ک} ړې.
autorise le centre de vaccination à vacciner contre les méningites à méningocoque ACWY l'enfant ci-dessus désigné.		
La vaccination contre les HPV nécessite <u>2 doses espacées entre 5 et 1</u> vaccinale est choisie par l'équipe médicale.	.3 mois, lorsqu'elle est réalisée entre 11 et 14 ans. Celle cor	ntre les méningocoques ACWY nécessite une seule dose. La spécialité
د HVP واکس ک <u>ې ۲ ويزه دی او له ۵ تر ۱۲ مياشتو فاصله</u> ېې له ۱۱ تر ۱۴ کل ^ن ې ین ټولو هلوکانو او انجونو ته بايد وکول ^{\$} ش. د منگوکوک۸۷۷ خلاف واکس کې يو ډوز دی. د واکس ^{کې} ۲ ويزه دی. د واکس ^{کې} ۲ ويزه دی.		
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		
ن ه هو کړه کوم کې چ د واکسيناسيون په ورځ د خپل ماشوم روغتيا ن سوانځ پواندې کېم ځکه له هغه يوته په واکس ^د تطبيق ن ^گ ې ش. 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.		
	ه _{بېم} پخوا دغه واکس ^{نی} نه دی و کړئ .	🗆 🧴 زه تصدیق کوم 🚗 نشم کو 🎳 د ماشوم روغتیا ن سوانح وراندی کرم (وک شوی او نور) او ماشوم ت
n'autorise pas le centre de vaccination à vacciner contre les infections HPV l'enfant ci-dessus désigné. د واکسیناسیون وکز ته اجازه <u>نه وکوم،</u> یچ ذکر شوی ماشوم د HPV عفوتتونو پر ضد واکس ^{ای} کړي.		
Si l'enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les HPV (nom du vaccin : Gardasil9®), merci de préciser la ou les dates : که ماشوم له وراندې د HPV خلاف واکس کی شوی وی اد واکس کی نوم: "Gardasil0® هیله ده نیته کی د د نیته کی م ذکو کوئ		
Date de la Dose 1/ د ۲ بوزنیه د ۲ بوزنیه د ۲ بوزنیه		
n'autorise pas le centre de vaccination à vacciner contre les méningites à méningocoque ACWY l'enfant ci-dessus désigné. د واکسیناسیون موکز ته اجازه نه و کومی ریخ ذکر شوی ماشوم د م * رُثیت مشگر کوک ACWY پر ضد واکس ف کړي.		
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 :		
on change department of the face matter control to the face manage of the face	Nimenri) هیله ده نیټه ^{کا} ېڼ ډک <i>ې</i> کې:	که ماشوم له وړاندې د منگوکوک ACWY خلاف واکس ^{کی} شو <u>ی وي اړ واکس کی نوم «MenQuadfi, Menvéo» په</u>
د واکس کی ډوز نیټه د واکس کی ډوز نیټه		
Date :/ 20 ننبه: En cas de signature électronique, le parent/responsable légal signata parents /responsables légaux doivent signer.	aire, déclare sur l'honneur que l'autre parent/responsable	légal a donné son autorisation. En cas de signature sur papier, les deux
	یا والدینه ورثه اختیار ورکزی دی. دکاغذ د لاسلیک به صورت ، ی باید دواره والدن/ حقو ⁽ ق مدرستان یا	د والدينو/سرپرست د اليک ^{ريون} کې لاسليک په صورت _{یک} لاسليک کوونکې په خپل ^گ سرف قسم خوري _{يچ} بل حقو ^ر ق سرپرست
Signature Parent/Responsable légal 1 :	•	د دو، برد د والدين لاسليک /قانو ^{ان} ې سرو
Signature Parent/Responsable légal 2 :	يست 2 :	د والدين لاسليک/قانو ^{رئي} سري
À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal ² :	.,	
☐ Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désign ☐ Je déclare sur l'honneur que le second responsable légal de l'enfan ☐ depté con substitution pour le second responsable légal de l'enfan	nt : Monsieur, Madame	est matériellement empêché de signer le présent formulaire mais a
donné son autorisation pour la vaccination contre les HPV et /ou co	ntre les meningocoques ACWY	د يوه حقو ^د ق سربرست د لاسليک په صورت _ب ک بايد دغه برخه پش _{(به} ^{\$} ش: ¹
H او/یا منگوکوک ACWY پر ضد د	، د مادي دلايلو له م ^ن _{بخ} ددغه فور _{بم} له لاسليک منع شوي، خو دPV	د پوه حقو ^ر ق سررست د لاسلیک په صورت یی بلید دغه برخه پش _{ربه} گ ښ: ^د اعلان کوم _{رخ} پچ د اعلان کوم _{رخ} پچ زه د پورته ذدکر شوي ماشوم یوازی ^{دن} حقو ^ر ق سررست یم. ۱ په خیل ^{ام} سرف قسم خورم _{رخ} د ماشوم یل سربست: ښاغلی/اغ پلی واکس که اختیار ^{کا} پې ماته واکړی دی.
Date :		د يوازی ^{آن} ن والد/حقو ^{(د} ق سررست لاسليک

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

د ماشومتو واکس ^ن کېل د والبنيز د اختيارتو لرونکو دواړکستانو اجازې ته ايتيا لرې له همدې خاطره تو يوازې د يوه لاسليک کورن کې او د مادې دلاېلو له خاطره د بيل لورې د لاسليک امکان د نشتين په صورت _{يک} سخت کې د الاسليک کورن کې او لورې ورته اختيار و روې د ده ډول د خليو ناسيد و معلومت لو ويانو د ختيا په صورت _{يک} مسؤليت په تحصاي توگه د همدې شخص دی اوکېدای کې ش د يوکن بند اړه؛ اروه يورو نقدې چې _{يم} سبب کې ش. (د جرا قانون ۲-۳۴ ماده).

AUTORISATION PARENTALE EN LIGNE

En scannant le QR code ci-dessous :

ددغه QR کوډ د سکن له لاری:

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

د غوښت ^ن بن په صورت بې والدين کو ^{ئل \$} ش دغه فورم په انلاين

د والدينو انلاين رضايت

Ou en se connectant sur le site suivant به بش رېکړي:

يا هم د ^ن بغ وبيب ان بن ته د ورتگ له لاي: https://www.bretagne.ars.sante.fr/HPV MenACWY

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

د HPV او مینینگ : ن ACWY واکس ر کی اړوند معلومات

ستا _{ېش} ماشوم ته ورکول کېدونکی د انسا ^نڼ پاپيلوما ويروس (HPV) ضد واکس ^{دی} خوندې او اغ ^{نېټاک} دی. د HPV عفونتونو خلاف واکسيناسيون له ۱۱ تر ۱۴ کننو ټولو انجونو او هلوکانو ته بايد ورکول ^{\$} ش. په دغه ېړاو ېې د ځوانانو خونديټوب کو ^{ځل \$} ش د HPV اړوندو عفونتونو باندې د اخته کېدو امکانات ۹۰ سلنه راټيټ کړي او په دې توګه سره په پيشسرط^{ان ن}ڼ ضايعاتو او اړوندو سرطانونو د ککوبدو امکانات د يام وړ توګه کم ^{\$} ش.

د تهاجم منکوکوک ACWY که انتازنو خلاف واکس نی له ۱۱ تر ۱۴ کلونو د ټولو هلوکانو او انجونو لپاره ^{۱۵} پڼ سپارښتنه ک _{. ب}ې. دا يو دا ش ساري او خطرناک عفونت دی، چې به ځانګړې توګه ک څشان او نوي ځوانان تر اغ ې نې لا لا تو ای انبو سبب گ ش. د منکوکوک ACWY خلاف واکسپناسيون په يوه ډوز واکس نی سره کو ^{نل گ} ش اوږدمهاله او اغ ^{نېناک} خونديتوب تضم نی کړې. د بل هر واکس نی غوندي دغه واکس نی هم کېدای گ ش اوږدمهاله او اغ ^{نېناک} خونديتوب تضم نی کړې. د بل هر واکس نی غوندي دغه واکس نی هم کېدای گ ش اوږدمهاله او اغ ^{نېناک} خونديتوب تضم نی کړې. د بل هر واکس نی غوندي دغه واکس نی هم کېدای په جان د عوارض ولري چې اک راېیت کا يې ډېر سبک دي.



د واکسیناسیون د ملاقات به رن

ص خ ټیم به د واکس ^{نی} تر تطبیق وړلندي ستا _{پش} له ماشوم سره خ یې وکړي او د نوموړي روغتیا ڼ سوانح به و ارزوي. وروسته به یو ډوز واکس ^{نی} HPV او یا ډوز منګوکوک ACWY واکس ^{نی} په یوه محرمانه چاپ پیال _{ېک} ستا _{پښ} ماشوم ته ولګول ^{\$} ش. کېدای ^{\$} ش دواړه واکسینونه په یوه ملافات _{یک} منافح ته ولګول ^{\$} ش.

د واکس ^{دی} تر لګولو وروسته کېدای ^{\$} ش ماشوم . ېڼهوښه ^{\$} ش، ځی ^نن وختونه ممکن ورږديږي يا ح ^{رن} پر مځکه ولوږي. سره له دې ېچ د _{. ېڼهو} ^{.ن} ۍش پې ^{.ن} ې معمول نه دي، و ل ماشوم به د واکس ^{دی} تر لګولو وروسته کېدای ^{\$} ش ماشوم . ېڼهوښه ^{\$} ش، ځی ^نن وختونه ممکن ورږديږي يا ح ^{رن} پر مځکه ولوږي. سره له دې ېچ د <u>. ېڼهو .^ن پې محمول نه يې</u> معمول نه دي، و ل ماشوم به د واکس ^{دی} تر لګولو وروسته د ۱۵ د قيقو لپاره د روغتيا ڼټيم تر پاملر ^ن ې لاندې وي.

د واکسیناسیون په دا کمپاین کې د شخ س معلوماتو یا ډاټا د پروسیس کولو تطبیق هم شامل دی.

وانسيونو د تصبيق په هوڅه ولارون ۱ س. دمه پرو _{ېش} د لړوندي سيمهن ۱۰۰ رومنيا پ ادارې او د وانس ۱۰۰ مرکز تحوا په دړه تصبيق کې . یې او يا هم د محميوي د هغه جوړېښک د مسوميت رسوي. ستا _{ېش} د ماشوم د واکسيناسيون لپاره ټاکل شوی دی.

ستا پش د ماشوم ښوون ^{ځخ} د دغوکن ړريولوونکو په استازول ستا _{ېش} څخه د رضايت ښودلو فورمونو د راټولو مسؤليت لري، کوم چې بيا د واکس کی مرکز يا اړوند جوړښت ته ل ې . .پدول ک ې . .پي. دا فور ېم په مهر شوې لفافه کې ل ې . .پدول ک ې . .په او له همدې خاطره نو تاسيسات په فورمو کې د موجودو معلوماتو په اړه نه پوه ې . پۍ

راټولو شويو معلوماتو ته يوازي د روغتيا ڼ جوړښتونو اړوند کارکوون کی لاس لرئ، کوم پچ په خپلو سيمو پې د (ARS) لخوا ټاکل شوي دي. دغه معلومات ممکن ددې ادارو لخوا د احتما ل اسيب پذيريو د مطال پې په موخه تر ۱۸ کلونو و ساتل ^{\$} ش. د رضايت فورمو د پروسيس اړوند د لاسر ش، تعديل محدوديت او مخالفت حقونه، پچ د (GPD) د ۱۵ ،۱۶ ،۱۷ مادې پر اساس روښانه شوي، د تاسيساتو له رييس سره د اړی کې له لاري د ګټه اخست ^ن ېن وړ دي. د تاسيساتو رييس مکف دی، پچ له خنډ او خنډ ېرته دغه وخ ته د خلکو د لاسر شغوښت ^ن ن له ټولو ممکنه لارو په ګټه اخست ^ن بن سره د واکس ^ن اړوند مرکز يا جوړښت ته واستوي.

دغه حق ته د خلکود لاسر ش غوښت ^ن ن له ټولو ممکنه لارو په ګټه اخست ^{ن پ}ې سره د واکس ^ن اړوند مرکز يا جوړښت ته واستوي. پر دې سرب بېه به يادې فور ېم په ناسيساتو ېې د واکسيناسيون تر تطبيق وروسته د واکس ^ن د واکم مرکزونو او ناسيساتو لخوا ددې واکسينونو د پوښښ لپاره د اړوندو عناصرو د لې . بېد په موخه د روغتيا ڼ يې ېم ورکوونکو او همداراز د فران پې د د عا ېم روغتيا م لى ادارې / يا سانت پېليکي فرانس ته د روغتيا د څار ^ن ېن او څار ^ن ېن ماموريتونو سره سم د راټولو شويو او غې نامتو معلوماتو د لې . بېو په موخه وکارول ^{\$} ش. ددې درمل ^ن ېن اېره اضا ^ن ق معلومات د عا م روغتيا وزارت او د (ARS) پر انډرېنټ پاڼو موندلای ^{\$} ش.