

د واکسيناسيون لپاره د والدينو اجازه لیک
د انسا^{*} ن پاپيلوما وېروس (HPV) او/يا م^{*} ژنيت منگوکو کي ACWY خلاف

دا فورمه ساده ده، به اسا ن سره نش، زيری او ډيره مهمه ده!



(Des informations sur la séance de vaccination et les vaccins figurent au verso de cette page)

دغه اجازه لیک په انلاین بڼه پش (نکړی (اصول او ضوابط) څا دد بڼه پان (شانه وگورئ)

د واکسناسیون او واکسین د دورو اړوند معلومات د دین پان د شاهه ولی (نل)

Prénom de l'enfant : _____ د ماشوم تخلص :

جنس: □ مونث □ مذکر

Commune du collège : دکچ سارواں

Je soussigné(e), زە لاندی لاسلیک کوونگی،

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

د واکسناسیون مرکز ته اړخه وکوم، چې ذکر شوی ماشوم د HPV عفونتونو پر ضد واکس نی کړي.

د واکسیناسیون مرکز ته اجازه وکوم، چې د زک شوی ماشوم د م. زینت منځوکی ACWY پ ضد واکسینې کړي.

د HVP واکس فی ۲ پوزه دی او له ۵ تر ۱۳ مياشتو فاصله پکې له ۱۱ تر ۱۴ کلن ښځو پوله هلوکانه او انجونو ته بايد وکول شي. د منډو کوک ACWY خلاف واکس فی يو پوز دی. د واکس فی پوز د طبي ن منځمنځ لخوا ټاکل کېږي. بي.

☐ 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

□ زه هوکړه کوم چې د واکسناسيون په برخه د خپل ماشوم روغتيا ن سوانج وړاندې کړم، ځکه له هغه پرته به واکس ن تطبيق ن \$ 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.

□ زه نصديق، كوم اچ نشم كو. تل د ماشوم روغتيا ن سوانح وړاندي كوم (و ك شوي او نور) او ماشوم ته به پخوا دغه واکس نه دي وکړي.

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

د واکسناسیون مرکز ته اچړه نه وکوم، چې ذکر شوی ماشوم د HPV عفونونو نه پر ضد واکس نی 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 ما شروع به واکنشی در HPV خلاف واکنش می‌شویم، وی (ادواکس) می‌نویسد: (Gardasil®) هپا ده نیت. نکات:

Date de la Dose 1 / / دد ا پوز ننبه

Date de la Dose 2 / / ۲ دوز نته

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

د واکسناسیون مګر نه اجزه نه وکوم، د ذکر شوی ماشوم د مړینې منځګړی ACWY پر ضد واکس نی کړی.

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 :

که ماشوم له وړاندې د مڼګو کې ACWY خلاف واکس نی شوی وي، (د واکس نی نوم: Nimenrix MenQuadfi Menvén) هله د مڼټه ټی ټی ډک کړئ.

Date de la Dose / / د واکس نی ہوز نیٹہ

Date : ____ / ____ / 20 ____ : نِسْبَه

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.

د والدين/ميرست د بيگ (پښت) کې لاسليک په صورت کې لاسليک کونکي به خپل شمېرې قسم خوږي. پخپل حقوقي ميرست يا والدين ورته اختيار ورکړي دي. پکښه د لاسليک په صورت کې بايد دواړه والدين/حقوقي ميرستان بايد لاسليک وکړي.

Signature Parent/Responsable légal 1 : _____

د والدین لاسلیک / فائو نی سرپرست 1 :

Signature Parent/Responsable légal 2 :

د والدین لاسلیک / قانو نی سرپرست 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

د د یوه حقو لټو سر پرست د لاسلیک په صورت کې باید دغه برخه بش اړه \$ ش.²

□ اعلان کوم . زه د پورته زدکړې شوي ماشوم پوازي نن حقوقي مرستې هم.

د مادي دلايلو له مخې د ددغه فورېم له لاسليك منع شوي، خو HPV او يا منځگړي ACWY د ضد د

والکس کی اختصار سے مراد یہ ہے کہ

Date : ____ / ____ / 20 ____ : نِسْبَه

Signature du seul Parent/Responsable légal :

د بهای ن ن والد/حقه لړۍ سره د لاسلیک

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

¹ د اتيابه صوت ۲، د ډول ۲ ن ډاګړي شم به ډګرګړي (د سوسال خوندیتوب موثنه شم به).

