AUTORISATION PARENTALE POUR LA VACCINATION
CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV)ET/OUCONTRE LES MÉNINGITES À MÉNINGOCOQUES ACWY
إذن الوالدين للتطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) و/أو ضد التهاب السحايا بالمكورات السحائية (ACWY)

Ce formulaire est très simple, rapide à remplir et très important !
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 واللقاحات على ظهر هذه الصفحة)

Nom de l'enfant :_____ الاسم العائلي للطفل : Prénom de l'enfant :_____ الاسم الشخصي 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 الولي / الوصي القانوني 1	Parent / Responsable légal 2 الولي / الوصي القانوني 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	□ CPAM □ MSA □ MGEN □ Autre / آخر : _____	□ CPAM □ MSA □ MGEN □ Autre / آخر : _____

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 ينتمي إليه الطفل. وهذا متاح على حساب أميلي (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.
☐ أسمح لمركز التطعيم بتطعيم الطفل المذكور أعلاه **ضد فيروس الورم الحليمي البشري**.

☐ autorise le centre de vaccination à vacciner **contre les méningites à méningocoque ACWY** l'enfant ci-dessus désigné.
☐ أسمح لمركز التطعيم بتطعيم الطفل المذكور أعلاه **ضد التهاب السحايا بالمكورات السحائية .**

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 الحليمي البشري جرعتين تفصل بينهما فترة من 5 إلى 13 شهرًا، عندما يُجرى التطعيم بين سن 11 و14 عامًا. 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.
☐ ألتزم بتقديم دفتر الصحة الخاص بطفلي في يوم التطعيم، وإلا لن يتم التطعيم.

☐ 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.
☐ أقر بأنني غير قادر على تقديم دفتر الصحة (بسبب الضياع أو أسباب أخرى) وأنني لم أقم بتطعيم طفلي مسبقًا باللقاحات المطلوبة.

☐ n'autorise pas le centre de vaccination à vacciner **contre les infections HPV** l'enfant ci-dessus désigné.
☐ لا أسمح لمركز التطعيم بتطعيم الطفل المذكور أعلاه **ضد فيروس الورم الحليمي البشري**

Si l'enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les HPV (nom du vaccin : Gardasil9®), merci de préciser la ou les dates :
إذا سبق أن تم تطعيم الطفل ضد فيروس الورم الحليمي البشرى (اسم اللقاح: Gardasil9®)، يُرجى تحديد التاريخ أو التواريخ:

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.
☐ لا أسمح لمركز التطعيم بتطعيم الطفل المذكور أعلاه **ضد التهاب السحايا بالمكورات السحائية.**

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 : Date de la Dose __ / _____ / _____
إذا كان الطفل قد تلقى بالفعل لقاحًا ضد التهاب السحايا بالمكورات السحائية أسماء اللقاحات (Nimenrix, MenQuadfi,Menvéo)، يرجى تحديد التاريخ:
تاريخ الجرعة ___/___/___

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.
في حالة التوقيع الإلكتروني، يصرح الولي/ الوصي القانوني الموقع بشرفه بأن الولي/ الوصي القانوني الآخر قد منحه الإذن. في حالة التوقيع الورقي، يجب أن يوقع كلا الوالدين/ الوصي القانوني.

Signature Parent/Responsable légal 1 : توقيع الولي/ الوصي القانوني 1 :

Signature Parent/Responsable légal 2 : توقيع الولي/ الوصي القانوني 2 :

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal[2] :
☐ 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 ACWY[2]

يجب الاستكمال إذا تم توقيع من قبل وصي قانوني واحد:[2]
☐أصرح بأنني الوصي القانوني الوحيد على الطفل المذكور أعلاه.
☐أصرح بشرفي أن الوصي القانوني الثاني للطفل : السيد، السيدة _____، غير قادر/قادرة ماديًا على التوقيع على هذه الاستمارة ولكنه أعطى/أعطت تفويضه أو تفويضها للتطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري.

Date : _____ / _____ / 20___
Signature du seul Parent/Responsable légal :

التاريخ ___/___/20__
توقيع الولي الوحيد / الوصي القانوني :

[1] *Le cas échéant, indiquer le numéro Aide médicale de l'État (numéro de sécurité sociale temporaire).*
[1] عند الاقتضاء، يُرجى ذكر رقم المساعدة الطبية للدولة (رقم الضمان الاجتماعي المؤقت).

[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'avèrerait 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).*
[2] يتطلب تطعيم الأطفال الحصول على موافقة الوالدين. وبالتالي، في حالة التوقيع من قبل أحد الوالدين فقط بسبب استحالة توقيع الوالد الآخر فعليًا، يتعهد الموقّع بشرفه بالتأكد من أن الشخص الذي يتمتع بسلطة أبوية مشتركة قد أعطى تفويضه. ويتحمل الموقّع وحده مسؤولية أي تصريح أو معلومات يثبت عدم دقتها أو تزويرها ويعاقب بالسجن لمدة سنة واحدة وغرامة قدرها 15 000 (المادة 441-7 من القانون الجنائي).

AUTORISATION PARENTALE EN LIGNE
إذن الوالدين عبر الإنترنت

👉 Les parents qui le souhaitent peuvent remplir cette autorisation en ligne :
يمكن للوالدين الراغبين في ذلك ملء هذا الإذن عبر الإنترنت:

En scannant le QR code ci-dessous :
عن طريق مسح رمز الاستجابة السريعة أدناه:

Ou en se connectant sur le site suivant :
أو عن طريق الدخول إلى الموقع التالي:
https://colleges.campagnedevaccination.fr/idf/

INFORMATIONS SUR LE VACCIN CONTRE LES INFECTIONS A HPV ET CONTRE LES MÉNINGITES ACWY
معلومات عن التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري (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 مراهقينا الآن يمكن أن تساعدهم 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 المُتطفلة 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 الطبي قبل جلسة التطعيم بالتحدث مع طفلك والتحقق من دفتر الصحة. وبعد ذلك سيتم حقن طفلك بجرعة من لقاح فيروس الورم الحليمي البشري أو ضد التهاب السحايا بالمكورات السحائية في مكان محجوب. يمكن حقن هذين النوعين من التطعيمات في نفس الجلسة.
وقد يحدث الإغماء بعد الحقن مصحوبًا أحيانًا بارتعاش أو تيبس وقد يصاحبه سقوط. ولكن على الرغم من أن حالات الإغماء غير شائعة، إلا أن طفلك سيبقى تحت الملاحظة، وبإشراف الفريق الطبي، 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 هياكل 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 المتلقون الوحيدون للبيانات التي يتم جمعها هم الموظفون المعتمدون داخل الهياكل 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 و16 و18 و21 من من اللائحة العامة لحماية البيانات، فيما يتعلق بمعالجة نماذج التفويض، لدى مدير المؤسسة الذي يقوم على الفور وبأي 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 وهياكل 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 .