

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

اجازه‌نامه والدین برای واکسیناسیون
پاپیلوماویروس انسانی (HPV) و/یا علیه مژئیت منگوکوکی ACWY

 **Ce formulaire est très simple, rapide à remplir et très important !**
این فرم بسیار ساده است، به آسانی تکمیل می‌شود و خیلی مهم است!



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)
شما می‌توانید این اجازه‌نامه را آنلاین تکمیل نمایید (اصول و شرایط را در عقب این صفحه ببینید)
(معلومات در باره دوره‌های واکسیناسیون و واکسن در پشت این صفحه موجود است)

Nom de l'enfant : _____ اسم طفل: _____ Prénom de l'enfant : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____ تاریخ تولد: ____ جنس : ☐ مونث ☐ مذکر
Nom du collège : _____ شاروالی کالج: _____ Sexe : ☐ F ☐ G Commune du collège : _____

	Parent / Responsable légal 1 والدین/سرپرست قانونی ۱	Parent / Responsable légal 2 والدین/سرپرست قانونی ۲
Nom – Prénom اسم و تخلص		
Téléphone portable شماره موبایل		
Numéro de sécurité sociale ¹ شماره ایمنی سوسیال	_____	_____
Régime de sécurité sociale سیستم ایمنی سوسیال	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre / دیگر: _____	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre / دیگر: _____

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.
این معلومات در تصدیق‌نامه حقوق طفل یا والدین، البته والدینی که طفل به آنها متصل است، قابل دید است. این در اکاؤنت یا حساب Ameli قابل دسترسی است.
<https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits> اگر می‌خواهید، می‌توانید این تصدیق‌نامه را برای تسهیل مراحل با فرم اجازه‌نامه والدین ضمیمه کنید.

Je soussigné(e), _____ من امضاء کننده زیر،

- ☐ autorise le centre de vaccination à vacciner **contre les infections HPV** l'enfant ci-dessus désigné.
مرکز واکسیناسیون را اجازه می‌دهم تا طفل در بالا ذکر شده را در مقابل عفونت‌های HPV واکسین نماید.
- ☐ autorise le centre de vaccination à vacciner **contre les méningites à méningocoque ACWY** l'enfant ci-dessus désigné.
مرکز واکسیناسیون را اجازه می‌دهم تا طفل در بالا ذکر شده را در مقابل مژئیت منگوکوکی ACWY واکسین نماید.
- 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.
واکسیناسیون HVP در عمر ۱۱ الی ۱۴ سالگی نیازمند دو دوز با فاصله ۵ الی ۱۳ ماهه می‌باشد. واکسیناسیون در برابر منگوکوکی ACWY یک دوز می‌باشد. نوع واکسن توسط متخصص طی انتخاب می‌شود.
- ☐ 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.
من موافقت می‌کنم که کتابچه صحتی طفل خود را در روز واکسیناسیون ارائه کنم، در غیر آن واکسن تطبیق نخواهد شد.
- ☐ 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.
من تایید می‌کنم که نی‌توانم کتابچه صحت طفل خود را ارائه کنم (گم‌شده و غیره) و طفل را قبلاً واکسن ذکر شده نداده‌ام.

- ☐ n'autorise pas le centre de vaccination à vacciner **contre les infections HPV** l'enfant ci-dessus désigné.
مرکز واکسیناسیون را اجازه نمی‌دهم تا طفل در بالا ذکر شده را در مقابل عفونت‌های HPV واکسین نماید.
- Si l'enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les HPV (nom du vaccin : Gardasil9®), merci de préciser la ou les dates :
اگر طفل از قبل در مقابل HPV واکسین شده باشد (اسم واکسن: Gardasil9®) لطفاً تاریخ آن را مشخص نمایید:
- Date de la Dose 1 ____ / ____ / ____ تاریخ دوز ۱ _____ Date de la Dose 2 ____ / ____ / ____ تاریخ دوز ۲ _____
- ☐ n'autorise pas le centre de vaccination à vacciner **contre les méningites à méningocoque ACWY** l'enfant ci-dessus désigné.
مرکز واکسیناسیون را اجازه نمی‌دهم تا طفل در بالا ذکر شده را در برابر منگوکوکی ACWY واکسین نماید.
- 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 :
اگر طفل از قبل در برابر منگوکوکی ACWY واکسین شده باشد (اسم واکسن: Nimenrix, MenQuadfi, Menvéo) لطفاً تاریخ آن را مشخص نمایید:
- Date de la Dose ____ / ____ / ____ تاریخ دوز واکسن _____
- Date : ____ / ____ / 20 ____ تاریخ: _____

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.

در صورت امضای الکترونیکی، والدین/سرپرست قانونی امضاءکننده با کمال شرافت خود اعلام می‌دارد که والدین/سرپرست دیگر اجازه را برای شان داده است. در صورت امضا روی کاغذ، هر دوی والدین/سرپرست قانونی باید امضا کنند
Signature Parent/Responsable légal 1 : _____ امضای والدین/سرپرست قانونی ۱ : _____
Signature Parent/Responsable légal 2 : _____ امضای والدین/سرپرست قانونی ۲ : _____

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

در صورت امضای یک سرپرست قانونی باید تکمیل شود:²

- ☐ اعلام می‌دارم که من تنها سرپرست قانونی طفل ذکر شده در بالا هستم.
☐ با کمال شرافت خود اعلام می‌دارم که دومین سرپرست قانونی این طفل: آقای، خانم _____، بر اساس دلایل مادی از امضای این فرم منع شده، ولی اجازه خود برای واکسیناسیون علیه HPV و/یا منگوکوکی ACWY را داده است.

Date : ____ / ____ / 20 ____ تاریخ: _____
Signature du seul Parent/Responsable légal : _____

امضای یگانه والدین/سرپرست قانونی

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

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, 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 واکسیناسیون اطفال نیازمند اجازه هر دو دارنده اختیارات والدین است. بنابراین، در صورت امضای تنها یکی از والدین به دلیل عدم امکان امضا یکی دیگر از والدین بر اساس دلایل مادی، امضاءکننده با کمال شرافت خود اعلام می‌دارد که دارنده دیگر صلاحیت‌های والدین رضایت خود را داده است. در صورت تثبیت جعل یا نادرست بودن هرگونه بیان یا موعومات، مسئولیت آن انحصاری خواهد بود و ممکن محکومیت به یک سال حبس و جریمه نقدی ۱۵ هزار یورو را همراه داشته باشد. (ماده ۴۴۱-۷ کود جزا).

AUTORISATION PARENTALE EN LIGNE

En scannant le QR code ci-dessous :

از طریق اسکن این QR کد:

رضایت آنلاین والدین

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

در صورت میل، والدین می توانند این فرم را به صورت آنلاین
تکمیل نمایند:

Ou en se connectant sur le site suivant



یا هم توسط ورود به این وبسایت:

<https://colleges.campagneDEVaccination.fr/idf/>**INFORMATIONS SUR LE VACCIN CONTRE LES INFECTIONS A HPV ET CONTRE LES MÉNINGITES ACWY****معلومات مربوط به واکسین HPV و مینینگیتز ACWY**

واکسین ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) که قرار است طفل شما آن را دریافت نماید، مصنوع و موثر است. واکسیناسیون در برابر عفونت های HPV برای همه دختران و پسران ۱۱ الی ۱۴ ساله توصیه می شود. حفاظت از نوجوانان ما در این مرحله می تواند در مراحل بعدی زندگی شان خطر ابتلا به سرطان های مرتبط HPV را تا حد زیادی کم کند. مطالعات نشان داده که واکسیناسیون HPV می تواند خطر ابتلا به عفونت های HPV را تا ۹۰ فیصد کاهش دهد که و به طور خودکار باعث کم شدن چشم گیری امکان ابتلا ضایعات پیش سرطانی و سرطان های مربوط می شود. واکسیناسیون در برابر عفونت های تهاجمی منگوکوکی ACWY برای همه پسران و دختران ۱۱ الی ۱۴ ساله توصیه می شود. این یک عفونت ساری و بسیار جدی است که به گونه خاص نوجوانان و بالغین نوجوان را زیر تاثیر خود می آورد. می تواند منجر به کشتن یا تاثیرات جدی پس از حادثه داشته باشد. واکسیناسیون در برابر منگوکوکی ACWY با یک دوز واکسین می تواند مصونیت موثر و طول مدت را تضمین کند. مثل هر واکسین دیگر، این واکسین نیز ممکن برخی از عوارض جانبی داشته باشد که اکثریت شان خیلی خفیف می باشند.

معلومات بیشتر در رابطه به واکسین را می توانید در صفحه انترنی اداره ملی محافظت از داروها و تولیدات صبی بخوانید: www.ansm.sante.fr یا هم QR کد زیر را اسکن کنید.

**روند ملاقات واکسیناسیون**

قبل از شروع جلسه واکسیناسیون، تیم صبی با طفل شما صحبت نموده سوابق صبی او را بررسی خواهد کرد. بعداً یک دوز واکسین HPV و یا یک دوز منگوکوکی ACWY در یک فضای محرمانه به طفل شما تزریق خواهد شد. امکان دارد هر دو واکسین در عین ملاقات تطبیق شود.

پس از تزریق ممکن بی هوشی رخ دهد، و یگان اوقات ممکن لرزش یا تکان و ممکن افتادن را به همراه داشته باشد. اگرچه واقعات بی هوشی معمول نیستند، ولی طفل شما پس از تزریق واکسین برای ۱۵ دقیقه تحت نظارت، زیر مراقبت تیم صبی می باشد.

اطلاعیه پالیسی حفاظت از داتا و حریم خصوصی

این کمپاین واکسیناسیون شامل پروسیس یا طی مراحل نمودن داتا یا معلومات شخصی می شود.

به گونه خاص، فورم های مجوز واکسیناسیون از سوی ساختارها و مراکز واکسیناسیون مدیریت شده توسط ARS به هدف مدیریت کمپاین ملی واکسیناسیون ضد عفونت های پاپیلوما ویروس انسانی و گرفتن احتمالی دیگر واکسین ها استفاده خواهد شد. این پروسه ها زیر مسئولیت مشترک اداره ذیصلاح صحت منطقه ای و مرکز واکسیناسیون یا ساختار پیش گیری مؤظف شده توسط ARS برای اجرای واکسیناسیون طفل شما تطبیق می شود.

مکتب طفل شما به نمایندگی از کنترل کننده های معلومات فقط مسئولیت جمع آوری این جوازنامه تکمیل شده توسط شما را دارد و آن را بعداً به مرکز یا ساختار واکسیناسیون منتقل می کند. این انتقال در یک پاکت مهر و لاک شده انجام می شود به همین دلیل موسسات انتقال دهنده از معلومات موجود در آن خبر نمی شوند.

فقط پرسونل با صلاحیت در ساختارهای صبی تعیین شده در مناطق شان توسط ARS از دریافت کنندگان معلومات جمع آوری شده هستند. معلومات ممکن توسط این نهادها برای اهداف بررسی آسیب پذیری احتمالی برای ۱۸ سال از زمان واکسیناسیون نگهداری شود.

حق دسترسی، اصلاح، محدودیت و مخالفت مندرج در ماده های ۱۵، ۱۶، ۱۸ و ۲۱ RGD در رابطه به طی مراحل نمودن فورم های جواز با رییس نهاد قابل استفاده می باشد. رییس بدون تاخیر و با استفاده از تمام وسایل، درخواست های استفاده مردم از این حق شان را به مرکز یا ساختار ذیصلاح واکسیناسیون منطقه ای منتقل می کند.

علاوه بر آن، این فورم ها پس از واکسیناسیون در داخل ساختار، از جانب همین مراکز و ساختارهای واکسیناسیون به هدف ارسال موارد لازم برای پوشش این واکسین ها به بیمه کنندگان استفاده می شود. معلومات بیشتر در باره این فعالیت های پروسس داتا یا معلومات را می توانید در صفحه انترنی وزارت صحت عامه و اداره منطقوی صحت (ARS) ببینید.