

د واکسیناسیون لپاره د والدینو اجازه لیک  
د انساني پاپیلوما وېروس (HPV) او/یا مڼزیت منځګوټي ACWY خلاف



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

کولی شی دغه اجازه لیک په آنلاین بڼه بشپړ کړئ (اصول او شرایط یې ددغې پاڼې شاته وگورئ)  
(د واکسیناسیون او واکسین د دورو اړوند معلومات ددغې پاڼې شاته ولولئ)

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : د زوکړې نېټه:      Sexe : ☐ F    ☐ G      جنس: ☐ مونډ ☐ مذکر

Nom du collège : \_\_\_\_\_: د کالج نوم      Commune du collège : \_\_\_\_\_: د کالج ښاروالی

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | والدين / قانونی سرپرست ۲                                                                                                              | Parent / Responsable légal 2                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom – Prénom<br>نوم او تخلص                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                       |                                                                                                                                       |
| Téléphone portable<br>موبایل شميره                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                       |                                                                                                                                       |
| Numéro de sécurité sociale <sup>1</sup><br><br>سوسيال د خونديتوب شميره                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]                                                                                         | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]                                                                                         |
| Régime de sécurité sociale<br><br>سوسيال د خونديتوب سيمتم                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre : _____ نور : | <input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre : _____ نور : |
| <p>Ces informations figurent sur l'attestation de droits de l'enfant ou du/des parent(s) auquel(es) il est rattaché. Celle-ci est disponible sur le compte Ameli : <a href="https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits">https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits</a>. Vous pouvez, si vous le souhaitez, joindre cette attestation au formulaire d'autorisation parentale afin de faciliter les démarches.</p> <p>دغه معلومات د ماشوم يا والدينو، هغه والدين جي ماشوم ورسره تراو ولري، د حقونو په تصديق پاڼه کي لوستل کېداى شي. دا د Ameli به اکونت يا حساب کې د لاسرسي وړ دي. <a href="https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits">https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits</a> که غواړئ کولی شئ د پراووټو د اسانې لپاره دغه تصديق پاڼه د والدينو له اجازه ليک سره ضميمه کوئ.</p> |                                                                                                                                       |                                                                                                                                       |

Je soussigné(e), زە لاندی لاسلیک کوونک،

- ☐ autorise le centre de vaccination à vacciner **contre les infections HPV** l'enfant ci-dessus désigné.  
د واکسیناسیون مرکز ته اجازه ورکړم، چې ذکر شوی ماشوم د HPV عفونتونو پر ضد واکسین کړي.
- ☐ autorise le centre de vaccination à vacciner **contre les méningites à méningocoque ACWY** l'enfant ci-dessus désigné.  
د واکسیناسیون مرکز ته اجازه ورکړم، چې ذکر شوی ماشوم د مېنېټ مېنگوکوکي ACWY پر ضد واکسین کړي.

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.

د HVP واکسين ۲ دوزه دي او له ۵ تر ۱۳ مياشته فاصله كې له ۱۱ تر ۱۴ كلن، ټولو هلوكلنو او انجونو ته بايد وركول شي. د منگوكوې ACWY خلاف واکسين يو دوز دي. د واکسين دوز د طبي متخصص لخوا ټاكل كېږي.

- ☐ 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 هوكړه كوم چې د واکسيناسيون په ورځ د خپل ماشوم روغتيايي سوانح وړاندي کړم، ځکه له هغه پرته به واکسين تطبيق نشي.

☐ 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 تصديق كوم چې نشم کولی د ماشوم روغتيايي سوانح وړاندي کړم (ورک شوی او نور) او ماشوم ته یې پخوا دغه واکسين نه دی ورکړی.

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

Si l'enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les HPV (nom du vaccin : Gardasil9®), merci de préciser la ou les dates :

Date de la Dose 1      /      /      ۱ دوز نېټه      Date de la Dose 2      /      /      ۲ دوز نېټه

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

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 منگوکوکي ACWY خلاف واکسين شوي وي (د واکسين نوم: Nimenrix, MenQuadfi, Menvéo) هيله ده نېټه يې ذکر کړي:

Date de la Dose \_\_/\_\_/\_\_ د واکسین ډوز نېټه

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 والدینو/سرپرست د الیکټرونیک لاسلیک په صورت کې لاسلیک کوونکې به خپل شرف قسم خوري چې بل حقوقي سرپرست یا والدینو ورته اختیار وکړي دي. پر کاغذ د لاسلیک په صورت کې باید دواړه والدین/حقوقي سرپرستان باید لاسلیک وکړي.

Signature Parent/Responsable légal 1 :

د والدين لاسليک / قانوني سرپرست 1 :

Signature Parent/Responsable légal 2 :

د والدين لاسليک / قانوني سرپرست 2 :

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal<sup>2</sup> :

- ☐ 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<sup>2</sup>

د یوه حقوق، سرپرست د لاسلیک به صورت کې، باید دغه څخه بشپړه شم: <sup>2</sup>

- ☐ اعلان کوم چې زه د پورته ذکر شوي ماشوم یوازینی حقوقي سرپرست یم.  
☐ په خپل شرف قسم خورم چې د ماشوم بل سرپرست: ښاغلی/غښتلی  
 ، د مادي دلايلو له مخې ددغه فورمې له لاسليک منع شوي، خو HPV او/یا مینګوکوي ACWY پرضد د

Date :        /        / 20        : نبتہ

Signature du seul Parent/Responsable légal :

د توازن، والد/حقوقي، سمدست لاسلیک

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

<sup>1</sup> در تابه صورت که، در دولت، داکتر شمیره ذکر کری (د سوسال خوندیتوب موثته شمیره).

<sup>2</sup> 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. د ماشومانو واکسين کول د والدينو د اختياراتو لوړکونکو دواړو گټو استازيت او د اړتيا لري. له همدې خاطر نو يوازې د يوه لاسليک کوونکي او د مادي دلايلو له خاطر د بل لوري د لاسليک امکان نديشون به صورت کې لاسليک کوونکي شخص د خپل قلم له سره شريکي ويږي، او والدينو مسؤليت لرونکي بل لوري ورته اختيارات ورکړي دي. د هر ډول درغليو، ناسمو معلوماتو او ويناوو د تثبيت په صورت کې مسؤليت به انحصاري توگه د همدې شخص دی او کېدای شي د يو ګڼ بند او 15 زره يوه نقدی جریمې سبب شي. (د اخلاقي قانون 7-103-1 ماده).

**AUTORISATION PARENTALE EN LIGNE**

En scannant le QR code ci-dessous :

د والدینو آنلاین رضایت

دغه QR کوډ د سکن له لارې:



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

د غوښتنې په صورت کې والدین کولی شي دغه فورم په آنلاین  
بڼه بشپړ کړي:

Ou en se connectant sur le site suivant



یا هم دغې ویب پاڼې ته د ورتګ له لارې:

<https://colleges.campagneDEVaccination.fr/idf/>**INFORMATIONS SUR LE VACCIN CONTRE LES INFECTIONS A HPV ET CONTRE LES MÉNINGITES ACWY**

د HPV او مینینګیټز ACWY واکسین اړوند معلومات

ستاسې ماشوم ته ورکول کېدونکې د انساني پاپیلوما ویروس (HPV) ضد واکسین خوندي او اغېزناک دی. د HPV عفونتونو خلاف واکسیناسیون له ۱۱ تر ۱۴ کلنو ټولو انجونو او هلوکانو ته باید ورکول شي. په دغه پړاو کې د ځوانانو خونديتوب کولی شي د ژوند په راتلونکو پړاوونو کې د HPV اړوندو سرطانونو باندې د هغوی د ککړېدو خطر تر ډېره راکموي. مطالعاتو ښودلې، چې د HPV واکسین کولی شي د HPV اړوندو عفونتونو باندې د اخته کېدو امکانات ۹۰ سلنه راټیټ کړي او په دې توګه سره په پیش سرطاني ضایعاتو او اړوندو سرطانونو د ککړېدو امکانات د پام وړ توګه کم شي.

د تهاجمي منګوکوکي ACWY انتانونو خلاف واکسین له ۱۱ تر ۱۴ کلونو د ټولو هلوکانو او انجونو لپاره ټی سپارښتنه کېږي. دا یو داسې ساري او خطرناک عفونت دی، چې په ځانګړې توګه کشران او نوي ځوانان تر اغېز لاندې راوړي. دا کېدای شي د مرګ یا تر پېښې وروسته د جدي اغېزو سبب شي. د منګوکوکي ACWY خلاف واکسیناسیون په یوه ډوز واکسین سره کولی شي اوږدمهاله او اغېزناک خونديتوب تضمین کړي. د بل هر واکسین غونډې دغه واکسین هم کېدای شي جانبي عوارض ولري چې اکثریت یې ډېر سپک دي.

د واکسین اړوند لا ډېر معلومات د درملو او صحتي تولیداتو د خونديتوب د ملي ادارې پر انټرنټ پاڼه لوستلی شئ: [www.ansm.sante.fr](http://www.ansm.sante.fr) یا هم لاندې QR کوډ سکین کړئ.



د واکسیناسیون د ملاقات بهیر

صحتي ټیم به د واکسین تر تطبیق وړاندې ستاسې له ماشوم سره خبرې وکړي او د نوموړي روغتیايي سوانح به و ارزوي. وروسته به یو ډوز واکسین HPV او یا ډوز منګوکوکي ACWY واکسین په یوه محرمانه چاپیریال کې ستاسې ماشوم ته ولګول شي. کېدای شي دواړه واکسینونه په یوه ملاقات کې ستاسې ماشوم ته ولګول شي.

د واکسین تر لګولو وروسته کېدای شي ماشوم پېهوبه شي، ځینې وختونه ممکن ورپېږي یا حتی پر مخکې ولوېږي. سره له دې چې د پېهوبې پېښې معمول نه دي، ولي ماشوم به د واکسین تر لګولو وروسته د ۱۵ دقیقو لپاره د روغتیايي ټیم تر پاملرنې لاندې وي.

**د معلوماتو او شخصي حریم د خونديتوب پالیسي خبرتیا**

د واکسیناسیون په ډاګماین کې د شخصي معلوماتو یا ډاټا د پروسیس کولو تطبیق هم شامل دی.

په ځانګړې توګه د واکسین لپاره د رضایت فورمې به د (ARS) لخوا تنظیمېدونکې د واکسیناسیون د اړوندو څانګو او مرکزونو لخوا د انساني پاپیلوما ویروس د انتانونو خلاف د ملي کمپاین د تنظیم او نورو ممکنه واکسینونو د تطبیق په موخه وکارول شي. دغه پروسیس د اړوندې سیمه ییزې روغتیايي ادارې او د واکسین مرکز لخوا په ګډه تطبیق کېږي او یا هم د مخنیوي د هغه جوړښت تر مسؤلیت لاندې، چې د (ARS) لخوا ستاسې د ماشوم د واکسیناسیون لپاره ټاکل شوی دی.

ستاسې د ماشوم ښوونځی د دغو کنټرولونکو په استازولي ستاسې څخه د رضایت ښودلو فورمونو د راټولو مسؤلیت لري، کوم چې بیا د واکسین مرکز یا اړوند جوړښت ته لېږدول کېږي. دا فورمې په مهر شوې لفافه کې لېږدول کېږي او له همدې خاطر نو تاسیسات په فورمې کې د موجودو معلوماتو په اړه نه پوهېږي.

راټولو شویو معلوماتو ته یوازې د روغتیايي جوړښتونو اړوند کارکوونکي لاس لري، کوم چې په خپلو سیمو کې د (ARS) لخوا ټاکل شوي دي. دغه معلومات ممکن ددې ادارو لخوا د احتمالي اسیب پذیرو د مطالعې په موخه تر ۱۸ کلونو و ساتل شي.

د رضایت فورمې د پروسیس اړوند د لاسرسي، تعدیل محدودیت او مخالفت حقونه، چې د (RGPD) د ۱۵، ۱۶، ۱۷ مادې پر اساس روښانه شوي، د تاسیساتو له رییس سره د اړیکې له لارې د ګټه اخستنې وړ دي. د تاسیساتو رییس مکلف دی، چې له ځنډ او ځنډ پرته دغه حق ته د خلکو د لاسرسي غوښتنې له ټولو ممکنه لارو په ګټه اخستنې سره د واکسین اړوند مرکز یا جوړښت ته واستوي.

پر دې سربېره به یادي فورمې په تاسیساتو کې د واکسیناسیون تر تطبیق وروسته د واکسین د عین مرکزونو او تاسیساتو لخوا ددې واکسینونو د پوښښ لپاره د اړوندو عناصرو د لېږد په موخه د روغتیايي بیمې ورکونکو او همداراز د فرانسې د عامې روغتیا ملي ادارې / یا سانت بېلیکې فرانس ته د روغتیا د څارنې او څارنې ماموریتونو سره سم د راټولو شویو او غیر نامتو معلوماتو د لېږلو په موخه وکارول شي. ددې درملنې لپاره اضافي معلومات د عامې روغتیا وزارت او د (ARS) پر انټرنټ پاڼو موندلای شئ.