

**AUTORISATION PARENTALE POUR LA VACCINATION
CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV) ET/OU CONTRE LES MÉNINGITES À MÉNINGOCOQUES ACWY
İNSAN PAPİLLOMAVİRÜSÜ (HPV) VE/VEYA MENİNGOKOK ACWY MENENJİTLERİNE KARŞI AŞILAMA İÇİN VELİ İZİNİ**

☞ Ce formulaire est très simple, rapide à remplir et très important !
Bu form çok basit, hızlı doldurulur ve çok önemlidir!



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)
Bu izni çevrim içi olarak da doldurabilirsiniz (bkz. bu sayfanın arka yüzündeki açıklamalar).
(Aşılama oturumu ve aşılarla ilgili bilgiler bu sayfanın arka yüzünde yer almaktadır.)

Nom de l'enfant / Çocuğun soyadı : _____ Prénom de l'enfant / Çocuğun adı : _____
Date de naissance / Doğum tarihi : ____ / ____ / ____ Sexe / Cinsiyeti : ☐ F / K ☐ G / E
Nom du collège / Okulun adı : _____ Commune du collège / Okulun bulunduğu şehir : _____

	Parent / Responsable légal 1 Ebeveyn / Yasal Sorumlu 1	Parent / Responsable légal 2 Ebeveyn / Yasal Sorumlu 2
Nom – Prénom / Soyadı - Adı		
Téléphone portable / Cep telefon numarası		
Numéro de sécurité sociale ¹ Sosyal Güvenlik Numarası ¹	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
Régime de sécurité sociale Sosyal Güvenlik Rejimi	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre / Diğer : _____	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre / Diğer : _____
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. Bu bilgiler çocuğun veya bağlı olduğu ebeveyn(ler)in hakları beyanında yer almaktadır. Bu belgeyi Ameli hesabınızdan indirebilirsiniz: https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits. İsteğiniz doğrultusunda, bu beyanı veli izin formuna ekleyerek işlemleri kolaylaştırabilirsiniz.		

Je soussigné(e) / Aşağıda imzası bulunan,

☐ **autorise** le centre de vaccination à vacciner **contre les infections HPV** l'enfant ci-dessus désigné. / Yukarıda adı geçen çocuğun **HPV enfeksiyonlarına karşı** aşılanması için aşı merkezine **izin veriyorum**.

☐ **autorise** le centre de vaccination à vacciner **contre les méningites à méningocoque ACWY** l'enfant ci-dessus désigné. / Yukarıda adı geçen çocuğun **Meningokok ACWY menenjitlerine karşı** aşılanması için aşı merkezine **izin veriyorum**.

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.

HPV aşısı, 11 ila 14 yaş arasında uygulandığında, 5 ila 13 ay arayla yapılan 2 doz gerektirir. Meningokok ACWY aşısı ise tek doz olarak uygulanır. Aşı türü, sağlık ekibi tarafından belirlenir.

☐ **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. / Aşı günü çocuğuma **sağlık karnesini vermeyi taahhüt ediyorum**, aksi takdirde aşı uygulanamayacaktır.

☐ **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.** / **Sağlık karnesini ibraz edemeyeceğimi (kayıp vb.) ve talep edilen aşılar için çocuğuma daha önce aşı yaptırmadığımı beyan ederim.**

☐ **n'autorise pas** le centre de vaccination à vacciner **contre les infections HPV** l'enfant ci-dessus désigné. / Yukarıda adı geçen çocuğun **HPV enfeksiyonlarına karşı** aşılanması için aşı merkezine **izin vermiyorum**.

Si l'enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les HPV (nom du vaccin : Gardasil9®), merci de préciser la ou les dates / **Çocuğunuz daha önce HPV aşısı olduysa (aşının adı: Gardasil9®), lütfen aşağıdaki tarih(leri) belirtiniz:**

Date de la Dose 1/ Doz 1 Tarihi: ____ / ____ / ____

Date de la Dose 2 / Doz 2 Tarihi: ____ / ____ / ____

☐ **n'autorise pas** le centre de vaccination à vacciner **contre les méningites à méningocoque ACWY** l'enfant ci-dessus désigné. Yukarıda adı geçen çocuğun **Meningokok ACWY menenjitlerine karşı** aşılanması için aşı merkezine **izin vermiyorum**.

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/ **Çocuğunuz daha önce Meningokok ACWY aşısı olduysa (aşının isimleri: Nimenrix, MenQuadfi, Menvéo), lütfen aşağıdaki tarihi belirtiniz:**

Date de la Dose / Doz tarihi ____ / ____ / ____

Date / Tarih : ____ / ____ / 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.

Elektronik imza durumunda, imzalayan veli / yasal sorumlu, diğer veli / yasal sorumlunun iznini onuruyla beyan eder. Kağıt üzerinde imza durumunda ise, her iki veli / yasal sorumlu da imzalamalıdır.

Signature Parent/Responsable légal 1 / Veli / Yasal Sorumlu 1 İmzası :

Signature Parent/Responsable légal 2 / Veli / Yasal Sorumlu 2 İmzası :

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal² / Sadece bir yasal sorumlu imzaladığında doldurulacaktır² :

☐ Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné / Yukarıda adı geçen çocuğun **tek yasal sorumlusu olduğumu beyan ederim**.

☐ 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/ **Onurum üzerine beyan ederim ki, çocuğun ikinci yasal sorumlusu: Bay/Bayan _____, bu formu imzalamakta maddi olarak engellenmiştir ancak HPV ve/veya Menengokok ACWY aşısı için iznini vermiştir.**

Date / Tarih : ____ / ____ / 20__

Signature du seul Parent/Responsable légal / Tek Veli / Yasal Sorumlu İmzası :

¹ Le cas échéant, indiquer le numéro Aide médicale de l'État (numéro de sécurité sociale temporaire / Gerekli ise, Devlet Sağlık Yardımı numarasını (geçici sosyal güvenlik numarası) belirtiniz.).

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 faussifiée, 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). / Reşit olmayanların aşılanması, her iki velinin de iznini gerektirir. Diğer velinin imza atmasının maddi olarak mümkün olmadığı durumlarda, tek bir veli imzaladığında, imzalayan kişi diğer velinin iznini onuruyla verdiği taahhüt eder. Gerçek dışı veya sahte beyan veya bilgiler, sadece beyan sahibinin sorumluluğundadır ve ceza kanununun 441-7. maddesi uyarınca bir yıl hapis ve 15.000 euro para cezası ile cezalandırılabilir.

AUTORISATION PARENTALE EN LIGNE ÇEVİRİM İÇİ VELİ İZNİ

En scannant le QR code ci-dessous / Aşağıdaki QR kodunu tarayarak:

Les parents qui le souhaitent
peuvent remplir cette autorisation
en ligne / İsteyen veliler bu izni çevrimiçi olarak
doldurabilir:



Ou en se connectant sur le site suivant / Veya aşağıdaki siteye bağlanarak :
<https://colleges.campagneDEVaccination.fr/idf/>

INFORMATIONS SUR LE VACCIN CONTRE LES INFECTIONS A HPV ET CONTRE LES MÉNINGITES ACWY HPV ENFEKSİYONLARINA VE ACWY MENİNGOKOK MENENJİTLERİNE KARŞI AŞI HAKKINDA BİLGİLER

Çocuğunuzun aşılanacağı İnsan Papillomavirüsü (HPV) aşısı güvenli ve etkilidir. HPV enfeksiyonlarına karşı aşı, 11 ila 14 yaş arası tüm kız ve erkek çocuklara önerilmektedir. Ergenlerimizi şimdi koruyarak, ileride HPV ile ilişkili kanserlerin gelişme riskini önemli ölçüde azaltabiliriz. Yapılan araştırmalar, HPV aşısının HPV enfeksiyonu riskini %90'a kadar azaltabileceğini göstermiştir; bu da aynı zamanda kanser öncesi lezyonlar ve ilişkili kanserlerin riskinin de önemli ölçüde azalmasını sağlar.

ACWY meningokok invaziv enfeksiyonlarına karşı aşı, 11 ila 14 yaş arası tüm gençlere önerilmektedir. Menenjitler, özellikle ergenler ve genç yetişkinlerde görülen ciddi bulaşıcı enfeksiyonlardır. Bu hastalıklar ölümlü sonuçlanabilir veya kalıcı hasarlara yol açabilir. Tek doz ACWY menengokok aşısı, etkili ve uzun süreli koruma sağlar. Tüm aşılar gibi, bazı hafif yan etkiler görülebilir ancak bunlar çoğunlukla zararsızdır.

Aşı hakkında daha fazla bilgiye Ulusal İlaç ve Sağlık Ürünleri Güvenliği Ajansı'nın (ANSM) web sitesinden ulaşabilirsiniz: www.ansm.sante.fr veya aşağıdaki QR kodunu tarayarak.



AŞILAMA OTURUMUNUN İŞLEYİŞİ



Aşılama oturumundan önce, sağlık ekibi çocuğunuzla görüşecek ve sağlık karnesini kontrol edecektir. Daha sonra çocuğunuza gizli bir ortamda HPV aşısından bir doz ve/veya ACWY menengokok aşısından bir doz yapılacaktır. Bu iki aşı aynı oturumda uygulanabilir.

Aşılama sonrası bayılma meydana gelebilir; bazen titreme veya kas sertliği eşlik edebilir ve düşmelere yol açabilir. Bayılma vakaları nadir olmakla birlikte, çocuğunuz aşı uygulandıktan sonraki 15 dakika boyunca sağlık ekibinin gözetiminde gözlem altında tutulacaktır.

BİLGİ TEKNOLOJİLERİ VE ÖZGÜRLÜKLERE İLİŞKİN BİLGİLER

Bu aşı kampanyası, kişisel veri işleme uygulamalarını içermektedir.

Özellikle, aşı izni formları, İnsan Papillomavirüsü (HPV) enfeksiyonlarına karşı ulusal aşı kampanyasının organizasyonu ve diğer aşıların tamamlanması amacıyla, Bölgesel Sağlık Ajansları (ARS) tarafından görevlendirilen aşı merkezleri ve yapılar tarafından kullanılacaktır. Bu veri işlemleri, ilgili ARS ile ARS tarafından çocuğunuzun aşılandığı aşı merkezi veya önleyici sağlık yapısının müşterek sorumluluğu altında yürütülmektedir.

Çocuğunuzun okul kurumu, sadece veri sorumlularının adına, sizin doldurduğunuz bu izin formunu toplamakla görevlidir ve ardından bu formu aşı merkezi veya aşı yapacak kuruma iletir. Bu iletim, mühürlü zarf içinde gerçekleştirilir; bu nedenle okul kurumları içerisindeki kişiler formdaki bilgileri görmez.

Toplanan verilerin yalnızca ilgili Bölgesel Sağlık Ajansları (ARS) tarafından yetkilendirilmiş sağlık yapılarındaki yetkili personel tarafından erişilmesi sağlanır. Bu veriler, sorumluluk araştırmaları amacıyla, aşı uygulamasından itibaren 18 yıl süreyle bu kurumlar tarafından saklanabilir.

Yetkili kişilerin, izin formu işlemleriyle ilgili olarak Genel Veri Koruma Yönetmeliği (GDPR) 15, 16, 18 ve 21. maddelerinde belirtilen erişim, düzeltme, sınırlama ve itiraz hakları, okul müdürü nezdinde kullanılır. Müdür, gelen bu talepleri gecikmeksizin ve her türlü yöntemle, yetkili aşı merkezi veya kuruma iletmekle yükümlüdür.

Ayrıca, bu formlar, okulda gerçekleştirilen aşılama işleminden sonra aynı aşı merkezleri ve yapılar tarafından, aşıların sağlık sigortası tarafından karşılanması için gerekli bilgileri göndermek amacıyla kullanılacaktır.

Bu veri işlemleri hakkında daha fazla bilgiye Sağlık Bakanlığı ve Bölgesel Sağlık Ajansları (ARS) web sitelerinden ulaşabilirsiniz.