

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

AUTORIZIMI PRINDEROR PER VAKSINIMIN KUNDER PAPILOMAVIRUSIT NJEREZOR (HPV) DHE/OSE KUNDER MENINGJITEVE TE MENINGJOKOKUT ACWY

 **Ce formulaire est très simple, rapide à remplir et très important !**
Ky formular është shumë i thjeshtë, plotësohet shpejt dhe shumë i rëndësishëm !
Vous pouvez aussi remplir cette autorisation en ligne (cf. modalités au verso de cette page)
(Des informations sur la séance de vaccination et le vaccin figurent au verso de cette page)
Mund të mbushni gjithashtu këtë autorizim online (shikoni mënyrën në faqen mbrapa)
(Për informacionet mbi seancën e vaksinimit dhe për vaksinën shiko faqen mbrapa)

Nom de l'enfant / Mbiemri i fëmijës : _____ Prénom de l'enfant / Emri i fëmijës : _____
Date de naissance / Data e lindjes : ____ / ____ / ____ Sexe / Seksi : ☐ F / F ☐ G / M
Nom du collège / Emri i shkollës : _____ Commune du collège / Qyteti i shkollës : _____

	Parent / Responsable légal 1 Prindi / Përfaqësuesi ligjor 1	Parent / Responsable légal 2 Prindi / Përfaqësuesi ligjor 2
Nom – Prénom / Mbiemri - Emri		
Téléphone portable / Telefoni celular		
Numéro de sécurité sociale ¹ Numri i sigurimeve shoqërore ¹	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
Régime de sécurité sociale Regjimi i sigurimeve shoqërore	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre / Tjetër : _____	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre / Tjetër : _____
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. Këto informacione figurojnë në vërtetimin e të drejtave të fëmijës ose të prindit / prindërve nga i cili/të cilët varet. Ky vërtetim mund të shkarkohet nga llogaria Ameli : https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits. Nëse dëshironi, mund të bashkangjisni këtë vërtetim me formularin e autorizimit prindëror për të lehtësuar përçapjet.		

Je soussigné(e), / Unë i/e nënshkruar i/a _____

☐ **autorise** le centre de vaccination à vacciner **contre les infections HPV** l'enfant ci-dessus désigné. / **autorizoj** qendrën e vaksinimit të vaksinonjë fëmijën e mësipërm kundër infeksioneve HPV.

☐ **autorise** le centre de vaccination à vacciner **contre les méningites à méningocoque ACWY** l'enfant ci-dessus désigné. / **autorizoj** qendrën e vaksinimit të vaksinonjë fëmijën e mësipërm kundër meningjiteve nga meningjokoku ACWY.

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.

Vaksinimi kundër HPV nevojitet dy doza të distancuara në kohë nga 5 deri në 13 muaj kur ky vaksinim bëhet midis moshës 11 deri 14 vjeç. Vaksinimi kundër meningjiteve ACWY nevojitet një dozë të vetme. Trajtimi vaksinal i posaçëm zgjidhet nga ekipi mjekësor.

☐ **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. / **angazhohem të paraqes librezën e shëndetit** të fëmijës tim ditën e vaksinimit, përndryshe vaksinimi nuk mund të kryhet.

☐ **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.** / **vërtetoj se nuk jam në gjendje të paraqes librezën e shëndetit (e kam humbur...) dhe se nuk e kam vaksinuar paraprakisht fëmijën tim për vaksinat në fjalë.**

☐ **n'autorise pas** le centre de vaccination à vacciner **contre les infections HPV** l'enfant ci-dessus désigné. / **nuk e autorizoj** qendrën e vaksinimit të vaksinonjë fëmijën e mësipërm kundër infeksioneve HPV.

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

Nëse fëmija është i vaksinuar kundër HPV (emri i vaksinës : Gardasil9®), ju lutemi precizoni datën :

Date de la Dose 1 / Data e Dozës 1 ____ / ____ / ____

Date de la Dose 2 / Data e Dozës 2 ____ / ____ / ____

☐ **n'autorise pas** le centre de vaccination à vacciner **contre les méningites à méningocoque ACWY** l'enfant ci-dessus désigné. / **nuk e autorizoj** qendrën e vaksinimit të vaksinonjë fëmijën e mësipërm kundër meningjiteve nga meningjokoku ACWY.

Si l'enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les méningites à méningocoque ACWY (nom des vaccins : Nimenrix, MenQuadfi, Menveo), merci de préciser la date.

Nëse fëmija është i vaksinuar kundër meningjiteve nga meningjokoku ACWY (emri i vaksinave : Nimenrix, MenQuadfi, Menveo), ju lutemi precizoni datën.

Date de la Dose / Data e Dozës : ____ / ____ / ____.

Date / Data : ____ / ____ / 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.

Në rast firme elektronike, prindi / përfaqësuesi ligjor që firmos, deklaron me përgjegjësi të plotë se prindi / përfaqësuesi ligjor tjetër ka dhënë gjithashtu autorizimin e tij. Në rast se firmosja bëhet mbi letër, të dy prindërit / përfaqësuesit ligjorë duhet të firmosin.

Signature Parent/Responsable légal 1 / Firma e prindit / përfaqësuesit ligjor 1 :

Signature Parent/Responsable légal 2 / Firma e prindit / përfaqësuesit ligjor 2 :

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal² / Të plotësohet në rast se firmoset vetëm nga një përfaqësues ligjor² :

☐ Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné. / **Deklaroj se jam i vetmi përfaqësues ligjor i fëmijës së mësipërme.**

☐ 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 / **Deklaroj mbi nderin tim se përfaqësuesi i dytë ligjor i fëmijës : Zoti, Zonja _____, nuk e ka mundësinë materiale të firmosë këtë formular por ka dhënë autorizimin për vaksinimin kundër HPV dhe / ose kundër meningjokokëve ACWY²**

Date / Data : ____ / ____ / 20__

Signature du seul Parent/Responsable légal / Firma e Prindit të vetëm / Përfaqësuesit ligjor :

¹ Le cas échéant, indiquer le numéro Aide médicale de l'Etat (numéro de sécurité sociale temporaire). / Nëse është e nevojshme, shënoni numrin e Ndhmës mjekësore të Shtetit (numëri i përkohshëm i Sigurimeve shoqërore).

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 fautive, 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).

Vaksinimi i minoreneve nevojitet autorizimin e të dy titullarëve të autoritetit prindëror. Kështu, në rast se firmoset vetëm nga një prind për shkak se prindi tjetër është në pamundësinë materiale për të firmosur, nënshkruesi angazhohet mbi nderin e tij që personi bashkëtitullar i autoritetit prindëror të ketë dhënë po ashtu autorizimin e tij. Cdo deklaratë ose informacion që do të figurojë i gabuar ose i rremë angazhon vetëm përgjegjësinë e tij personale dhe dënohet me një vit burg dhe 15.000 euro gjobë (Neni 441-7 i kodit penal).

AUTORISATION PARENTALE EN LIGNE

AUTORIZIM PRINDËROR ON LINE



Les parents qui le souhaitent
peuvent remplir cette autorisation
en ligne / Prindërit që dëshirojnë mund ta plotësojnë
këtë autorizim on line :

En scannant le QR code ci-dessous / Duke skanuar QR-kodin e mëposhtëm :



Ou en se connectant sur le site suivant / Ose duke u futur në websitin e
mëposhtëm : <https://colleges.campagneDEVACCINATION.fr/idf/>

INFORMATIONS SUR LE VACCIN CONTRE LES INFECTIONS A HPV ET CONTRE LES MÉNINGITES ACWY INFORMACIONE MBI VAKSINËN KUNDËR INFEKSIONEVE TË HPV-së DHE KUNDËR MENINGJITEVE ACWY

Vaksina Gardasil 9® kundër HPV me të cilën do të vaksinohet fëmija juaj është një vaksinë e sigurt dhe efikase. Vaksinimi kundër infeksioneve HPV rekomandohet për të gjitha vajzat dhe djemtë nga moshë 11 deri në 14 vjeç. Duke mbrojtur adoleshentët tanë që tani, ju do t'i ndihmoni ata të ulin ndjeshëm rrezikun për të zhvilluar më vonë në jetën e tyre një kancer lidhur me HPV. Si edhe e kanë vënë në pah studimet, vaksinimi kundër HPV mund të ulë ndjeshëm deri në masën 90% rrezikun për të zhvilluar infeksionet lidhur me HPV, gjë që lejon të ulë në mënyrë të ndjeshme rrezikun për të zhvilluar plagë para-kanceroze dhe kancerat që ato shkaktojnë. Vaksinimi kundër infeksioneve invazive të meningjokukut ACWY këshillohet për të gjithë të rinjtë e moshës 11 deri në 14 vjeç. Meningjiçet janë infeksione ngjitëse të rënda që prekin veçanërisht adoleshentët dhe të rinjtë. Ato mund të shkojnë deri në vdekje ose të lënë pasoja të rënda. Vaksinimi kundër meningjokokëve ACWY me një dozë të vetme të vaksinës lejon një mbrojtje efikase dhe me afat të gjatë. Si për të gjitha vaksinat, disa efekte dytësore janë të mundshme dhe pa dëm për shumicën e njerëzve.

Mund të gjeni më shumë informacione mbi vaksinën në websitin e Agjensisë Kombëtare të sigurisë së ilaçeve dhe produkteve të shëndetit :

www.ansm.sante.fr ose duke skanuar QR kodin më poshtë



ZHVILLIMI I SEANCES SE VAKSINIMIT

Përpara seancës së vaksinimit, ekipi mjekësor do konsultohet me fëmijën tuaj dhe do të verifikojë librezën e tij të shëndetit. Më pas fëmijës tuaj do t'i injektohet një dozë vaksine kundër HPV dhe / ose një dozë vaksine kundër meningjokokëve ACWY në një ambient konfidencial. Është e mundur që të dy vaksinat të kryhen në të njëjtën seancë.

Pas injektimit apo injeksioneve, mund të ndodhë që fëmijës t'i bjerë të fikët, nganjëherë e shoqëruar me dridhje apo ngërçe që mund të shoqërohen me rrëzime. Megjithatë rastet e alivanosjes janë të rrallë, fëmija juaj do të mbahet në mbikqyrje nën kontrollin e ekipit mjekësor gjatë 15 minutave pas injektimit të vaksinës.

VEREJTJE TE INFORMACIONIT MBI INFORMATIKEN DHE LIRINE

Kjo fushatë vaksinimi përfshin gjithashtu trajtimin e të dhënave me karakter personal.

Në veçanti përdoren formularët e autorizimit të vaksinimit nga strukturat dhe qendrat e vaksinimit të mobilizuara nga ARS me objektiv organizimin e fushatës kombëtare të vaksinimit kundër infeksioneve nga papilomavirusi njerëzor apo për të përsëritur vaksina të tjera. Këto trajtime do të kryhen nën përgjegjësinë e përbashkët të Agjensisë Krahinore të Shëndetit (ARS) dhe të qendrës së vaksinimit apo të strukturës mjekësore që kryen vaksinimin e fëmijës tuaj të caktuar nga ARS. Shkolla e fëmijës tuaj është ngarkuar nga përgjegjësit e fushatës vetëm për mbledhjen e këtij autorizimi të plotësuar nga ju, të cilin ia transmeton më pas qendrës apo strukturës së vaksinimit. Transmetimi bëhet me zarf të mbyllur dhe shkollat nuk kanë njohuri të informacioneve që figurojnë në këtë formular.

Këto informacione u drejtohen vetëm personave të autorizuar në gjirin e strukturave të shëndetit të caktuara nga ARS në territorin e saj. Ato mund të ruhen nga këto ente vetëm me qëllim për të përcaktuar përgjegjësitë për një periudhë kohore prej 18 vjetësh duke filluar nga data e vaksinimit.

E drejta e njohjes, e korrigjimit, e kufizimit dhe e kundërvënies, parashikuar nga nenet 15, 16, 18 dhe 21 të RGPD përsa i përket formularëve të autorizimit mund të ushtrohet pranë drejtorit të shkollës, i cili përcjell menjëherë dhe me çdo rrugë të mundshme kërkesat e ushtrimit të të drejtave të personave në qendrën ose strukturën e vaksinimit nën kompetencën e tij territoriale.

Nga ana tjetër, pas aktit të vaksinimit të kryer në ambientet e shkollës nga po të njëjtat qendra apo struktura vaksinimi, këta formularë do të përdoren për t'i dërguar Sigurimeve Shëndetësore elementet e nevojshme për marrjen në ngarkim të vaksinave.

Informacione plotësuese mbi këto trajtime janë në dispozicionin tuaj në sitin internet të Ministrisë së Shëndetësisë dhe të ARS.