

AUTORISATION À LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS (HPV) À RENDRE À L'ÉTABLISSEMENT AVANT LE :/2023

በሰው ፓፒሎማቫይረስ (ኤቸ.ፒ.ቪ) ላይ የከትባት ፍቃድ ወደ ትምህርት ቤቱ እንዲመለስ በ:/.../2023

autorisation pour le vaccin coché ci-dessus².
☐ 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
□ Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné. □ ከሳይ የተጠቀሰው ልጅ ብቸኛ ህጋዊ ምባዚት መሆኔን አውጇሰሁ።
ሕፃናት የክትባት ክፍለ ጊዜ በሚደረግበት ቀን የጤና ወይም የክትባት <i>መዝገቦቻቸውን ይዘው መምጣት አ</i> ለባቸው። <u>መሙላት ያለበት፣ በሕግ አስከባሪ ብቻ</u> <u>የተፌረመ ከሆነ:</u>
L'enfant devra être muni de son carnet de santé ou de vaccination le jour de la séance de vaccination. À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal :
Oui Å₽□ Non Åይ□
ህፃኑ ቀድሞውኑ ከ 6 ወር በላይ የክትባት መጠን ከወሰደ የማጠናከሪያ መርፌ
HPV (Papillomavirus) – une injection de rappel si l'enfant a déjà reçu une dose de vaccin depuis plus de 6 mois
HPV (Papillomavirus) – 2 injections à 6 mois d'intervalle si l'enfant n'est pas vacciné Oui <i>Yes</i> ロ Non <i>No</i> ロ ልጁ ስትባት ካልተስተበ ስ 6 ወር ልዩነት ጋር 2 መርፌዎች አዎロ አይ ロ
ከላይ የተጠቀሰውን ልጅ በኤቸ.ፒ.ቪ ላይ እንዲከተብ ለከተባት ማእከል ፈቃድ ይሰጣል፦
autorise le centre de vaccination à vacciner contre les HPV l'enfant ci-dessus désigné :
ወላጅ/ ሀ.ኃዊ አሳዳኒ 2 ፡
Parent/responsable légal 2 :
ወላጅ/ሀጋዊ አሳዳጊ 1:
Parent/responsable légal 1 :
Je soussigné(e), <i>እኔ፣ ኪታች የተፈረመው፣</i>
የወላጆች/ህጋዊ አሳዳጊዎች ምባይል ስልክ ቁፕር(ዎች)፦
Téléphone(s) portable(s) des parents/responsable légal :
የቤት ፖስታ ቁጥር:
Code postal de résidence:
Date de naissance de l'enfant:
ተጨማሪ የጤና መድን ,ያገናስ-? (C2S) አዎ 🗆 አይ 🗆
Bénéficiez-vous de la Complémentaire santé solidaire (C2S) ? Oui □ Non □
የማሀበራዊ ደህንነት ስርዓት፡
Régime de sécurité sociale : CPAM MSA MGEN Autre
ማህበራዊ ደህንነት ቁጥር¹፡ (ከልጁ/፪, ጋር የተገናኘ): LJ LLJ LLJ LLJ LLJ LLJ LLJ
የልጅዎ የመጨረሻና ስም እና የመጀመሪያ ስም: № SÉCURITÉ SOCIALE¹ (auquel est rattaché l'enfant) :
Nom et Prénom de l'ENFANT : Sexe : Sexe : G G G G G G G G G G G G G

የልጁ ሁለተኛ ህጋዊ ምግዚት፡ አቶ፣ ወ/ሮ ምልክት ማድረጉን ፍቃደኛ መሆኗን ለከብሬ አውጃስሁ።			ይህንን ቅጽ በቁሳዊ መልኩ መፈረም ባትቸልም ነገር
Date <i>ቀ</i> ን:		Signature(s): &C ^a ¶:	
_			

ለአካለ ምጠን ያልደረሱ ልጆቸ ክትባት የሁለቱም ወላጆቸ ፌቃድ ያስሬልንዋል። ስለሆነም አንድ ወላጅ ብቻ ቅዱን ከፈረመ ሴላው ወላጅ ለመፈረም በአካል የማይቻል ስለሆነ የጋራ የወላጅ ሥልጣን ያለው ሰው የራሱን ፌቃድ መስጠቱን ለማረጋንተ ፌራሚው ለራሱ ክብር ይሰጣል። ትክክለኛ ያልሆነ ወይም የተጭበረበረ ማንኛውም መያለሜ ወይም መረጃ የፌራሚው ብቸኛ ኃላፊነት ሲሆን በአንድ ዓመት እስራት እና በ15,000 የሮ መቀጮ ይቀጣል ((የወንጀል ሕፃ አንቀጽ አንቀጽ 441-7)።

¹ Le cas échéant, indiquer le numéro Aide médicale de l'Etat (numéro de sécurité sociale temporaire). የሚመለከተው ከሆነ የረዳት ሜዲካል ኤል ኢታት ቁጥር (ጊዜያዊ የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር) ያመልከቱ።

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 penal).