



GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

AUTORISATION À LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS (HPV)

البشري الـحلمّ الـورمفّ روس ضد التل فُح تصررُح

RENDRE À L'ÉTABLISSEMENT

AVANT LE :/..../2023

2020/..../.... قبل المؤسسة الى اعادتها تمّ

Nom et Prénom de l'ENFANT :

Sexe : F G

لقب و إسم الطفل

ذكور : الجنس

أنثى

N° SÉCURITÉ SOCIALE¹ (auquel est rattaché l'enfant) :

رقم الضمان الاجتماعي 1 (الذي ينتسب اليه الطفل)

Régime de sécurité sociale :

نوع مخطط الضمان الاجتماعي

CPAM MSA MGEN اخر

Bénéficiez-vous de la Complémentaire santé solidaire (C2S) ? Oui Non

هل تستفيد من التأمين الصحي التكميلي (C2S) ؟ : نعم لا

Date de naissance de l'enfant

تاريخ ميلاد الطفل

Code postal de résidence :

الرمز البريدي للاقامة

Téléphone(s) portable(s) des parents/responsable légal :

رقم هاتف المحمول للابوين / الوصي

Je soussigné(e),

انا الممضي أسفله

Parent/responsable légal 1 :

أب / الوصي 1

Parent/responsable légal 2:

أب / الوصي 2

autorise le centre de vaccination à vacciner contre les HPV l'enfant ci-dessus désigné:

أسمح لمركز التطعيم أن يقوموا بالتلقيح ضد HPV للطفل المعين أعلاه.

HPV (Papillomavirus) – 2 injections à 6 mois d'intervalle si l'enfant n'est pas vacciné----- Oui Non

HPV (فيروس الورم الحليمي البشري) -2 حقن في 6 شهور بالنسبة للطفل الغير ملقح: نعم



GOVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

HPV (Papillomavirus) – une injection de rappel si l'enfant a déjà reçu une dose de vaccin depuis plus de 6 mois Oui Non

HPV (فيروس الورم الحليمي البشري) حقنة واحدة للتعزيز إذا قام الطفل بجرعة تلقيح منذ أكثر من 6 شهور
..... نعم

L'enfant devra être muni de son carnet de santé ou de vaccination le jour de la séance de vaccination.

يجب على الطفل أن يصطحب معه الدفتر الصحي أو التلقيح في اليوم الذي يقوم فيه بالتلقيح .

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal :

للإكمال في حالة التوقيع من طرف وصي واحد :

Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné.

أصرح أنني المسؤول الشرعي الوحيد للطفل المعين أعلاه .

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 le vaccin coché ci-dessus²

أصرح بشرفي أن المسؤول الشرعي الثاني للطفل السيد / السيدةإمتنع ماديا على التوقيع على هذه الاستمارة لكن وافق على التلقيح المصرح أعلاه 2

Date: Signature(s):
التاريخ: التوقيع:

1 عند اقتضاء الحاجة يرجى كتابة رقم الاعانة الطبية للدولة (رقم ضمان اجتماعي مؤقت).

2 التلقيح بالنسبة للقصر يجب أن يكون بموافقة كلا الابوين كما انه في حالة التوقيع احد الاطراف بسبب غياب مادي مبرر. يقوم الموقع بتوقيع على الشرف على مسؤولية التلقيح

كل تصريح أو معلومة غير صحيحة أو مزورة قد تؤدي للعقوبة لمدة سنة و غرامة تقدر ب 15000 اورو (المادة 441-7 من قانون العقوبات)