



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

AUTORISATION À LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS (HPV)

Согласие на вакцинацию против вирусов

папилломы (ВПЧ)

RENDRE À L'ÉTABLISSEMENT

AVANT LE :/..../2023

Вернуть в школу до/..../.2023

Nom et Prénom de l'ENFANT :

Фамилия и имя ребенка :

Sexe : F G

Пол : Ж М

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

Номер социального страхования¹ (к которому привязан ребенок) :

Régime de sécurité sociale :

Режим социального страхования : CPAM MSA MGEN Другой

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

Есть ли У Вас Дополнительная медицинская страховка солидарности (C2S) ? Да Нет

Date de naissance de l'enfant

Дата рождения ребенка :

Code postal de résidence :

Почтовый индекс местожительства :

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

Номер сотового телефона родителей/ законного представителя :

Je soussigné(e),

Я нижеподписавшийся(-ая) :

Parent/responsable légal 1 :

Родитель/законный представитель 1

Parent/responsable légal 2 :

Родитель/ законный представитель 2 :

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

даю согласие центру вакцинации на привитие вышеуказанного ребенка против ВПЧ :

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

ВПЧ (Вирус папилломы)- 2 инъекции интервалом в 6 месяцев, если ребенок не привит Да Нет



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

ВПЧ (Вирус папилломы)- повторная инъекция, если ребенок уже получил одну дозу 6 месяцев назад или больше Да Нет

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

Ребенок должен иметь с собой медицинскую книжку или сертификат о прививках в день вакцинации.

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

Заполнить в случае подписания одним законным представителем :

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

Заявляю, что я являюсь единственным законным представителем ребенка.

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

Официально заявляю, что второй законный представитель ребенка : Господин, госпожа.....не может физически подписать этот формуляр, но дал(а) согласие на эту вакцину².

Date / **Дата** : _____ Signature(s) / **Подпись** : _____

¹ В данном случае указать номер Государственной медицинской помощи (номер временного социального страхования).

² Вакцинация несовершеннолетних требует разрешения обоих обладателей родительских прав. Таким образом, в случае если один из родителей физически не может подписаться, то другой должен заверить что он дал свое согласие. Любое заявление или информация являющейся неточной или ложной может повлечь наказание в виде 1г. лишения свободы и штрафа в размере 15 000 евро (статья 441-7 Уголовного кодекса)