



**GOUVERNEMENT**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

AUTORISATION À LA VACCINATION  
CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS (HPV)

**PAPILLOMAVİRÜS (HPV) AŞISI İÇİN İZİN FORMU**

À RENDRE À L'ÉTABLISSEMENT AVANT

**AŞAĞIDA BELİRTİLMİŞ OLAN TARİHTEN ÖNCE OKULA VERİLMESİ GEREKEN**

...../...../ 2023

Nom et Prénom de l'ENFANT :

**ÇOCUĞUN soyadı ve adı:**

Sexe  F  G

Cinsiyeti  K  E

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

**SOSYAL GÜVENLİK NUMARASI 1 (çocuğun bağlı olduğu):**

Régime de sécurité sociale :  CPAM  MSA  MGEN  Autre

**Bağlı olduğu diğer sosyal güvenlik kurumu**  CPAM  MSA  MGEN  Autre

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

**Tamamlayıcı Dayanışma Sağlığından (C2S) yararlanıyor musunuz? Evet  Hayır**

Date de naissance de l'enfant

**Çocuğun doğum tarihi:**

Code postal de résidence :

**İkametgah adresi posta kodu:**

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

**Ebeveynlerin/velilerin cep telefonu numaraları**

Je soussigné(e),

**Ben, aşağıda imzası bulunan,**

Parent responsable légal 1.....

**Yasal vasi ebeveyn 1.....**



## GOUVERNEMENT

Liberté  
Égalité  
Fraternité

Parent responsable légal 2.....

**Yasal vasi ebeveyn 2.....**

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

**Aşı merkezine yukarıda adı geçen çocuğu HPV'ye karşı aşılama yetkisi verir.**

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

**HPV (Papillomavirus)—Eğer çocuk aşılanmamışsa 6 ay arayla 2 enjeksiyon.** Evet  Hayır

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

**HPV (Papillomavirus) — çocuk zaten 6 aydan uzun bir süredir bir doz aşı almışsa bir takviye aşısı.**

Evet  Hayır

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

**Aşı seansının yapıldığı gün çocuğun sağlık veya aşı karnesini yanında bulundurması gerekmektedir.**

À compléter en cas de signature d'un seul responsable.

**Sorumlu olan tek bir kişi tarafından imzalanması halinde doldurulacaktır.**

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

Yukarıda belirtilen çocuğun tek yasal vasisi 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 le vaccin coché ci-dessus<sup>2</sup>.

..... isimli çocuğun ikinci yasal vasisi Bay, Bayan..... 'nı(i)n bu formu imzalamasının fiziksel olarak mümkün olmadığını ancak yukarıda<sup>2</sup> bahsi geçen aşı için onay verdiğini şerefim üzerine beyan ederim.

Date : (Tarih) :

Signature(s) : **İmza(lar)** :

Varsa, Devlet Tıbbi Yardım Numarasını belirtin (geçici sosyal güvenlik numarası)

Reşit olmayanların aşılanması, her iki ebeveynlik yetkisi sahibinin de iznini gerektirir. Böylece, diğer ebeveyn adına imzanın fiziksel olarak imkansız olması nedeniyle tek bir ebeveynin imzası olması durumunda, imza sahibi, velayet eş sahibinin yetki verdiğini kendi namusu adına taahhüt eder.

Hatalı veya tahrif edilmiş olduğu ortaya çıkan herhangi bir beyan veya bilgi, yalnızca onun sorumluluğundadır; ve bir yıl hapis ve 15.000 avro para cezası ile cezalandırılabilir (ceza yasasının 441-7. maddesi)