



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

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

**ДОЗВІЛ НА ВАКЦИНАЦІЮ ПРОТИ ПАПІЛОМАВІРУСУ (ВПЛ)
ПОТРІБНО НАДАТИ ЗАКЛАДУ ДО:/...../2023 р.**

Nom et Prénom de l'ENFANT : _____ Sexe : F G

Прізвище та ім'я ДИТИНИ : _____ Стать : Ж Ч

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

N° СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ¹ (до якого прикріплена дитина) :

Régime de sécurité sociale : CPAM MSA MGEN Autre : _____

Режим соціального страхування : CPAM MSA MGEN Autre : _____

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

Чи маєте ви додаткове соціальне страхування (C2S) ? Так Ні

Date de naissance de l'enfant : _____/_____/_____

Дата народження дитини : _____/_____/_____

Code postal de résidence :

Поштовий індекс місця проживання :

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

Мобільний телефон(и) батьків/ законного опікуна : _____

Je soussigné(e),

Я, нижчепідписаний(а),

Parent/responsable légal 1 : _____

Батько/законний опікун 1 : _____

Parent/responsable légal 2 : _____

Мати/законний опікун 2 : _____

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

дозволяю центру вакцинації зробити щеплення проти ВПЛ вказаній вище дитині :

HPV (Papillomavirus) – 2 injections à 6 mois d'intervalle si l'enfant n'est pas vacciné----- Oui Non
ВПЛ (папіломавірус) – 2 ін'єкції з інтервалом у 6 місяців, якщо дитина раніше не мала щеплення ----- Так Ні

HPV (Papillomavirus) – une injection de rappel si l'enfant a déjà reçu une dose de vaccin depuis plus de 6 mois -----
----- Oui Non
ВПЛ (папіломавірус) – бустерну ін'єкцію, якщо дитина вже отримала щеплення більше 6 місяців тому -----
----- Так Ні

L'enfant devra être muni de son carnet de santé ou de vaccination le jour de la séance de vaccination.
У день вакцинації дитина повинна мати при собі медичну картку або щоденник щеплення.

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal :
Заповнити у разі підпису від одного законного представника:

- Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné.
 Я заявляю, що я є єдиним законним опікуном дитини, зазначеної вище.

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.

Я заявляю, що другий законний опікун дитини: пан, пані,
_____, не може фізично підписати цю форму, але дав(ла) свій дозвіл на вакцину,
позначену вище².

Date : Signature(s) :
Дата : Підпис(и) :

¹ Le cas échéant, indiquer le numéro Aide médicale de l'Etat (numéro de sécurité sociale temporaire).

Якщо є, вкажіть номер державної медичної допомоги (тимчасовий номер соціального страхування).

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).

Вакцинація неповнолітніх вимагає дозволу обох осіб, що мають батьківські повноваження. Таким чином, у разі підпису лише одного з батьків через фізичну неможливість підписання іншим, підписувач офіційно декларує, що друга особа, яка має батьківські повноваження, надала свою згоду. Будь-яка декларація або інформація, яка виявляється неточною або фальсифікованою, тягне за собою виключну відповідальність і може каратися позбавленням волі на один рік і штрафом у розмірі 15 000 євро (стаття 441-7 Кримінального кодексу).