



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

AUTORISATION À LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS (HPV)

À RENDRE À L'ÉTABLISSEMENT AVANT LE :/...../2023

AUTHORISATION FOR VACCINATION AGAINST HUMAN PAPILLOMAVIRUS

(HPV) TO BE RETURNED TO THE SCHOOL BY:/...../2023

Nom et Prénom de l'ENFANT : _____ Sexe : F G
Surname and first name of the CHILD: Gender: F M

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

SOCIAL SECURITY NUMBER¹: (connected to the child):

Régime de sécurité sociale : CPAM MSA MGEN Autre
Social security system: CPAM MSA MGEN Other: _____

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

Do you receive supplementary health insurance (CS2)? Yes No

Date de naissance de l'enfant : ____/____/____
Date of birth of child: ____/____/____

Code postal de résidence :
Home postcode:

Téléphone(s) portable(s) des parents/responsable légal : _____
Parents'/legal guardians' mobile phone(s): _____

Je soussigné(e),
I, the undersigned,

Parent/responsable légal 1 : _____

Parent/legal guardian 1: _____

Parent/responsable légal 2 : _____

Parent/legal guardian 2: _____

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

authorises the vaccination centre to vaccinate the child named above against HPV:

HPV (Papillomavirus) – 2 injections à 6 mois d'intervalle si l'enfant n'est pas vacciné----- Oui Yes Non No
2 injections 6 months apart if the child has not been vaccinated----- Yes No

HPV (Papillomavirus) – une injection de rappel si l'enfant a déjà reçu une dose de vaccin depuis plus de 6 mois
a booster injection if the child has already had a dose of vaccine for more than 6 months -----
----- Oui Yes Non No

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 :

Children must have their health or vaccination record with them on the day of the vaccination

session. To be completed if signed by a single legal guardian:

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

I declare that I am the sole legal guardian of the child named above.

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.

I declare on my honour that the child's second legal guardian: Mr, Mrs _____ is materially unable to sign this form but has given his authorisation for the vaccine ticked above².

Date :

Signature(s) :

Date:

Signature:

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

If applicable, indicate the Aide Médicale de l'Etat number (temporary social security number).

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).

The vaccination of minors requires the authorisation of both parents. Therefore, if only one parent signs the form because it is physically impossible for the other parent to sign, the signatory undertakes on his or her honour to ensure that the person with joint parental authority has given his or her authorisation. Any declaration or information that proves to be inaccurate or falsified is the sole responsibility of the signatory and may be punishable by one year's imprisonment and a fine of 15,000 euros (article 441-7 of the Penal Code).

