



GOVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

AUTORISATION À LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS (HPV) À RENDRE À

L'ÉTABLISSEMENT AVANT LE :/..../2023

人类乳头瘤病毒 (HPV) 疫苗接种同意书

需在 2023 年.....月.....日前交回相关机构

Nom et Prénom de l'ENFANT : _____ Sexe : F G
孩子的姓名 : _____ 性别 : 女 男

N° SÉCURITÉ SOCIALE¹ (auquel est rattaché l'enfant) : Régime de
sécurité sociale : CPAM MSA MGEN Autre : _____ Bénéficiez-
vous de la Complémentaire santé solidaire (C2S) ? Oui Non

(孩子绑定的) 家长社会保险号¹ :

所属社会保障体系 : CPAM MSA MGEN 其它 : _____

您是否享有医疗互助险 (C2S) ? 是 否

Date de naissance de l'enfant : ____/____/____
孩子的出生日期 : ____/____/____

Code postal de résidence :

住址邮编 :

Téléphone(s) portable(s) des parents/responsable légal : _____
家长/法定监护人的手机号码 : _____

Je soussigné(e),
签署人,

Parent/responsable légal 1 : _____

Parent/responsable légal 2 : _____

家长/法定监护人 1 : _____

家长/法定监护人 2 : _____

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

同意接种中心为上述未成年人实施 HPV 疫苗的接种:

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

HPV (人类乳头瘤病毒) – 若孩子尚未接种过, 则对其实施 2 次注射, 中间间隔 6 个月 ----- 是 否

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

HPV (人类乳头瘤病毒) – 若孩子已经在 6 个月前注射了第一针, 则为其注射第二针----- 是 否

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 :

孩子前来接种时需携带其健康手册或接种手册。若仅有单个法定监护人签字则需勾选如下内容:

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

本人声明是上述未成年人的唯一法定监护人。

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.

本人以名誉担保，声明孩子的第二个法定监护人_____先生/女士因实际困难未能签署这份同意书，但已同意孩子接种上文勾选的疫苗²。

Date :

日期:

Signature(s) :

签名:

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

如果属于国家医疗补助（临时的社会保险号）的情况，则请填写该号码。

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).

未成年人在接种前需要获得两位监护人的同意。因此，若因实际困难导致一方监护人无法签字的情况，单独签字的监护人需以名誉作担保声明已经获得另一监护人的同意。任何声明或信息若经证实存在不确切或者伪造的情况，则声明人将承担全部责任，或将面临一年监禁和 15000 欧元的罚款（见刑法第 441-7 条规定）。

