



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

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

L'ÉTABLISSEMENT AVANT LE :/..../2023

فورم رضایت و جواز برای واکسیناسیون در برابر پاپلوما ویروس (HPV) که باید قبل از/..../۲۰۲۳ به این مرکز بازگردانده شود.

Nom et Prénom de l'ENFANT : _____ Sexe : F G
اسم و تخلص طفل: _____ جنس: زن مرد

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

شماره کارت امنیت سوئال¹ (کارت که طفل با آن وصل است) [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] سیستم امنیت اجتماعی
صحت همبستگی تکمیلی (C2S) بهره‌مند هستید؟ بله نخیر
یا شما از _____ دیگر: CPAM MSA MGEN

Date de naissance de l'enfant : ____/____/____
تاریخ تولد طفل: ____/____/____

Code postal de résidence : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
ادرس پستی اقامت: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Téléphone(s) portable(s) des parents/responsable légal : _____
شماره تلفون یا موبایل والدین / نماینده حقوق طفل: _____

Je soussigné(e), _____
من، امضاکننده زیر، _____

Parent/responsable légal 1 : _____

Parent/responsable légal 2 : _____

والدین / نماینده حقوقی ۱: _____

والدین / نماینده حقوقی ۲: _____

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

به مرکز واکسیناسیون اجازه می‌دهم تا طفل ذکر شده را در برابر (HPV) واکسین نماید:

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

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

HPV یا (پاپیلوما ویروس) – ۲ پیچکاری است که در فاصله ۶ ماه تطبیق می‌گردد، به شرط این که طفل از قبل واکسین نشده باشد --- بله نخیر
HPV یا (پاپیلوما ویروس) – ۱ بوستر است، به شرط این که طفل حد اقل ۶ ماه قبل واکسین شده باشد.
-----بله نخیر

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 :

طفل باید در روز ملاقات برای واکسین ریکارد صحی یا ریکارد واکسین را با خود داشته باشد. بخش زیر باید در صورت امضای یکی از نمایندگان حقوقی

تکمیل شود:

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

من اقرار می‌کنم که یگانه سرپرست حقوقی طفل ذکر شده می‌باشم.

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.

من با کمال صداقت اعلام می‌کنم که دومین سرپرست حقوقی این طفل: آقا، خانم..... به گونه مادی از امضای این فورم منع گردیده است، ولی رضایت و صلاحیت خود را برای واکسین² در بالا ذکر شده نشان داده است.

Date :

Signature(s) :

امضا:

تاریخ:

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

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).

¹ اگر قابل تطبیق باشد، شماره کمک صحی دولتی خود را نوشته نمایید (شماره تامین اجتماعی موقت).

² واکسیناسیون خردسالان نیازمند اجازه هر دو صاحب اختیارات حقوقی یا والدین می‌باشد. بنابراین، در صورت امضای یکی از والدین و به دلیل عدم امکان مادی امضای دیگری از والدین، شخص امضاکننده با کمال صداقت تعهد می‌سپارد که شخص دووی صاحب اختیارات والدین اختیارات خود را داده است. در صورت تثبیت هرگونه اطلاعات نادرست یا اعلامیه جعلی، شخص به تنهایی مسولیت برعهده دارد و ممکن است مجازات به یک سال حبس و جریمه نقدی ۱۵۰۰۰ یورو شود (ماده ۴۴۱-۷ کد جزا).