

**AUTORISATION PARENTALE POUR LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV)**  
**AUTORIZACIÓN PARENTAL PARA LA VACUNACIÓN CONTRA LOS VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)**

*(Des informations sur la séance de vaccination et le vaccin figurent au verso de cette page)*  
*(Encontrará información sobre la vacuna y la sesión de vacunación en el reverso de esta página)*

Nom de l'enfant / Apellidos del niño(a) : \_\_\_\_\_ Prénom de l'enfant / Nombre del niño(a) : \_\_\_\_\_

Date de naissance / Fecha de nacimiento : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe / Sexo :  F / F  G / M

Nom du collège / Nombre del colegio : \_\_\_\_\_ Commune du collège / Comuna del colegio : \_\_\_\_\_

	Parent / Responsable légal 1 Padre o madre / Tutor legal 1	Parent / Responsable légal 2 Padre o madre / Tutor legal 2
Nom – Prénom / Apellidos – Nombre		
Téléphone portable / Teléfono móvil		
Numéro de sécurité sociale <sup>1</sup> Número de seguridad social <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Régime de sécurité sociale Régimen de la Seguridad Social	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre / Otro : _____	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre / Otro : _____

Ces informations figurent sur l'attestation de droits de l'enfant ou du/des parent(s) auquel(s) il est rattaché. Celle-ci est disponible sur le compte Ameli : <https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits>. Vous pouvez, si vous le souhaitez, joindre cette attestation au formulaire d'autorisation parentale afin de faciliter les démarches.  
Esta información figura en el certificado de derechos del niño(a) o del padre/madre al que esté vinculado(a). Está disponible en la cuenta Ameli: <https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits>. Si lo desea, puede adjuntar este certificado al formulario de autorización parental para facilitar los trámites.

Je soussigné(e), / Yo, el(la) abajo firmante, \_\_\_\_\_

**autorise** le centre de vaccination à vacciner contre les HPV l'enfant ci-dessus désigné. / **autorizo** al centro de vacunación a vacunar al niño(a) arriba mencionado(a) contra los VPH.

La vaccination contre les HPV nécessite 2 doses espacées entre 5 et 13 mois, lorsqu'elle est réalisée entre 11 et 14 ans. **L'enfant devra impérativement être muni de son carnet de santé ou de vaccination le jour de la séance de vaccination.**

Quando la vacunación contra los VPH se realiza entre los 11 y los 14 años, se requieren 2 dosis espaciadas entre 5 y 13 meses. **Es fundamental que el(la) niño(a) traiga su cartilla sanitaria o de vacunación el día de la sesión de vacunación.**

**n'autorise pas** le centre de vaccination à vacciner contre les HPV l'enfant ci-dessus désigné. / **no autorizo** al centro de vacunación a vacunar al niño(a) arriba mencionado(a) contra los VPH.

Si l'enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les HPV (nom du vaccin : Gardasil9<sup>®</sup>), merci de préciser la ou les dates :  
Si el(la) niño(a) ya ha sido vacunado(a) contra los VPH (nombre de la vacuna: Gardasil9<sup>®</sup>), especifique la(s) fecha(s):

Date de la Dose 1 / Fecha de la 1.<sup>a</sup> dosis \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Date de la Dose 2 / Fecha de la 2.<sup>a</sup> dosis \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date / Fecha : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

En cas de signature électronique, le parent/responsable légal signataire, déclare sur l'honneur que l'autre parent/responsable légal a donné son autorisation. En caso de firma electrónica, el padre o madre/tutor legal firmante declara que el otro padre o madre/tutor legal ha dado su autorización. En caso de firma en papel, deberán firmar ambos padre y madre/tutores legales.

En caso de firma electrónica, el padre o madre/tutor legal firmante declara que el otro padre o madre/tutor legal ha dado su autorización. En caso de firma en papel, deberán firmar ambos padre y madre/tutores legales.

Signature Parent/Responsable légal 1 :  
Firma Padre o madre/Tutor legal 1:

Signature Parent/Responsable légal 2 :  
Firma Padre o madre/Tutor legal 2:

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal<sup>2</sup> / A rellenar si solo firma un tutor legal<sup>2</sup> :

Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné. / Declaro que soy el único tutor legal del niño(a) antes mencionado(a).  
 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 la vaccination contre les HPV<sup>2</sup> / Declaro que el segundo tutor del niño(a): D./D.ª \_\_\_\_\_, no está en condiciones materiales de firmar el presente formulario, pero ha dado su autorización para la vacunación contra los VPH<sup>2</sup>.

Date / Fecha : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

Signature du seul Parent/Responsable légal / Firma del único padre o madre/tutor legal :

VOIR PAGE SUIVANTE  
VER PÁGINA SIGUIENTE

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

Si procede, indique el número de la Ayuda Médica del Estado (número temporal de la Seguridad Social).

<sup>2</sup> 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'avérerait 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 pénal).

La vacunación de menores requiere la autorización de ambos titulares de la patria potestad. Por lo tanto, si solo uno de ellos firma el formulario porque el otro no está en condiciones materiales de hacerlo, el firmante se compromete a asegurarse de que la persona cotitular de la patria potestad haya dado su autorización. Cualquier declaración o información que resulte ser inexacta o falsificada es responsabilidad exclusiva del firmante y puede ser castigada con un año de prisión y una multa de 15 000 euros (artículo 441-7 del Código Penal francés).

## INFORMATIONS SUR LE VACCIN CONTRE LES INFECTIONS A HPV INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA CONTRA LOS VPH

La vacuna Gardasil 9® contra los VPH con la que se vacunará a su hijo(a) es una vacuna segura y eficaz. La vacunación contra las infecciones por VPH está recomendada por la OMS. Al proteger a nuestros adolescentes ahora, podemos ayudarles a reducir significativamente el riesgo de desarrollar cánceres relacionados con los VPH más adelante en su vida. De hecho, los estudios han demostrado que la vacunación contra los VPH puede reducir el riesgo de desarrollar infecciones por VPH de manera significativa hasta en un 90 %, lo que también reduce considerablemente el riesgo de desarrollar lesiones precancerosas y cánceres asociados. Como ocurre con todas las vacunas, es posible que aparezcan algunos efectos secundarios, la mayoría de los cuales son leves.

Puede encontrar más información sobre la vacuna en la página web de la Agencia Nacional de Seguridad de Medicamentos y Productos Sanitarios: [www.ansm.sante.fr](http://www.ansm.sante.fr) o escaneando el código QR que aparece a continuación.



### DESARROLLO DE LA SESIÓN DE VACUNACIÓN

Antes de la sesión de vacunación, el equipo médico hablará con su hijo(a) y comprobará su cartilla sanitaria. A continuación, se inyectará a su hijo(a) una dosis de la vacuna contra los VPH en una sala reservada. Tras la inyección, pueden producirse desmayos, a veces junto con temblores o rigidez, y pueden ir acompañados de caídas. Aunque los casos de desmayo son poco frecuentes, su hijo(a) permanecerá en observación, bajo la supervisión del equipo médico, durante los 15 minutos siguientes a la inyección de la vacuna.

### INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO INFORMÁTICO DE DATOS Y LAS LIBERTADES

La presente campaña de vacunación implica el tratamiento de datos personales.

En particular, los formularios de autorización de vacunación serán utilizados por los establecimientos y centros de vacunación movilizados por la ARS con el fin de organizar la campaña nacional de vacunación contra las infecciones por el virus del papiloma humano y las eventuales vacunaciones de refuerzo. Este tratamiento se realiza bajo la responsabilidad conjunta de la Agencia Regional de Salud competente y del centro de vacunación o establecimiento de prevención designado por la ARS que lleva a cabo la vacunación de su hijo(a).

El establecimiento escolar de su hijo(a) es el único responsable de recabar la presente autorización, cumplimentada por usted, en nombre de los responsables del tratamiento, y de enviarla al centro o establecimiento de vacunación. Esta autorización se envía en un sobre cerrado, por lo que los establecimientos no tienen conocimiento de la información que contiene.

Los únicos destinatarios de los datos recopilados son el personal autorizado de los centros sanitarios designados por las ARS en su territorio. Estos establecimientos podrán conservar los datos a efectos de posibles diligencias de responsabilidad.

El responsable del establecimiento podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación y oposición previstos en los artículos 15, 16, 18 y 21 del RGPD en lo referente a este tratamiento relativo a la recopilación de los formularios de autorización. El responsable del establecimiento transmitirá las solicitudes de ejercicio de estos derechos al centro o establecimiento de vacunación correspondiente sin demora y por cualquier medio.

Del mismo modo, podrá ejercer sus derechos en virtud del artículo 85 de la ley n.º 78-17 del 6 de enero de 1978 relativa a la informática, los archivos y las libertades.

Asimismo, una vez realizada la vacunación en el establecimiento, estos formularios serán utilizados por estos mismos centros y establecimientos de vacunación, por una parte, para enviar a la seguridad social la información necesaria para cubrir el coste de estas vacunas y, por otra parte, para enviar datos agregados y no nominativos a la Agencia nacional de salud pública/Salud Pública de Francia, de acuerdo con sus misiones de vigilancia sanitaria y supervisión epidemiológica.

Encontrará más información sobre este tratamiento en la página web del Ministerio de Sanidad y de las ARS.