

**AUTORISATION PARENTALE POUR LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV)**  
**İNSAN PAPİLLOMAVİRÜSÜ (HPV) AŞISI İÇİN VELİ İZİN BELGESİ**

(Des informations sur la séance de vaccination et le vaccin figurent au verso de cette page)  
(Bu sayfanın arka yüzünde aşı oturumu ve aşı hakkında bilgiler bulunmaktadır)

Nom de l'enfant / Çocuğun soyadı : \_\_\_\_\_ Prénom de l'enfant / Çocuğun adı : \_\_\_\_\_  
Date de naissance / Doğum tarihi : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe / Cinsiyeti :  F / K  G / E  
Nom du collège / Okulun adı : \_\_\_\_\_ Commune du collège / Okulun bulunduğu şehir : \_\_\_\_\_

	Parent / Responsable légal 1 Ebeveyn / Yasal Sorumlu 1	Parent / Responsable légal 2 Ebeveyn / Yasal Sorumlu 2
Nom – Prénom / Soyadı - Adı		
Téléphone portable / Cep telefon numarası		
Numéro de sécurité sociale <sup>1</sup> Sosyal Güvenlik Numarası <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 Sosyal Güvenlik Rejimi	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre / Diğer : _____	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre / Diğer : _____

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.

Bu bilgiler çocuğun veya bağlı olduğu ebeveyn(ler)in hakları beyanında yer almaktadır. Bu belgeyi Ameli hesabınızdan indirebilirsiniz: <https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits>. İsteğiniz doğrultusunda, bu beyanı veli izin formuna ekleyerek işlemleri kolaylaştırabilirsiniz.

Je soussigné(e), / Aşağıda imzası bulunan \_\_\_\_\_

**autorise** le centre de vaccination à vacciner contre les HPV l'enfant ci-dessus désigné. / Yukarıda adı geçen çocuğun HPV'ye karşı aşılmasına, aşı merkezine izin veriyorum.

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.**

HPV aşısı, 11 ila 14 yaş arasında yapılması durumunda, 5 ila 13 ay arayla 2 doz gerektirir. **Çocuk, aşı oturumu gününde sağlık veya aşı kartını yanında bulundurmak zorundadır.**

**n'autorise pas** le centre de vaccination à vacciner contre les HPV l'enfant ci-dessus désigné. / Yukarıda adı geçen çocuğun HPV'ye karşı aşılmasına, aşı merkezine **izin vermiyorum**.

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 :

Eğer çocuk daha önce HPV (Gardasil9<sup>®</sup>) aşısı yaptırmışsa, lütfen birinci ve ikinci doz aşı tarihlerini belirtiniz:

Date de la Dose 1 / Birinci Doz Tarihi \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date de la Dose 2 / İkinci Doz Tarihi \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date / Tarih : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 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 cas de signature sur papier, les deux parents /responsables légaux doivent signer.

Elektronik imza durumunda, imza atan ebeveyn/yasal sorumlu, diğer ebeveyn/yasal sorumlunun iznini onurları üzerine beyan eder. Kağıt üzerinde imza durumunda ise, her iki ebeveyn/yasal sorumlu imzalamalıdır.

Signature Parent/Responsable légal 1 :  
Ebeveyn/Yasal Sorumlu 1 İmzası:

Signature Parent/Responsable légal 2 :  
Ebeveyn/Yasal Sorumlu 2 İmzası:

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal<sup>2</sup> / Tek yasal sorumlunun imzası durumunda doldurulmalıdır<sup>2</sup> :

Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné. / Yukarıda adı geçen çocuğun tek yasal sorumlusu olduğumu beyan ederim.

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> / Yukarıda adı geçen çocuğun ikinci yasal sorumlusu olan Bay/Bayan \_\_\_\_\_, bu formu imzalamak için fiziksel olarak engellidir ancak HPV<sup>2</sup> aşısına izin verdiğini onurlarımla beyan ederim.

Date / Tarih : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

Signature du seul Parent/Responsable légal / Tek Ebeveyn/Yasal Sorumlu İmzası :

VOIR PAGE SUIVANTE  
SONRAKİ SAYFAYA BAKIN

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

Gerekirse, Devlet Tıbbi Yardım Numarası (geçici sosyal güvenlik numarası) belirtiniz.

<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).

18 yaş altı çocukların aşılmasına için her iki ebeveynin izni gerekmektedir. Bu nedenle, diğer ebeveynin fiziksel olarak imzalaması mümkün olmadığı durumlarda tek ebeveyn tarafından imza atılması durumunda, imza atan kişi diğer ebeveynin izin verdiğini onurları üzerine beyan eder. Herhangi bir yanlış veya sahte beyan veya bilgi, sadece onun sorumluluğunda olup, Ceza Kanunu'nun 441-7. maddesi gereğince 1 yıl hapis ve 15.000 Euro para cezası ile cezalandırılabilir.

## INFORMATIONS SUR LE VACCIN CONTRE LES INFECTIONS A HPV HPV ENFEKSİYONLARI İÇİN AŞI HAKKINDA BİLGİLER

Gardasil 9® HPV aşısı, çocuğunuzun aşılacağı güvenli ve etkili bir aşıdır. HPV enfeksiyonlarına karşı aşılama, Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilmektedir. Gençlerimizi şimdiden koruyarak, ileriki yaşamlarında HPV'ye bağlı kanser riskini önemli ölçüde azaltabiliriz. Çünkü yapılan çalışmalar, HPV aşısının HPV enfeksiyonu riskini %90'a kadar azaltabileceğini ve bu sayede öncü kanser lezyonları ve ilişkili kanser riskini önemli ölçüde azalttığını göstermiştir. Tüm aşılar gibi, nadiren de olsa bazı hafif yan etkiler olabilir.

Aşı hakkında daha fazla bilgiye Ulusal İlaç ve Sağlık Ürünleri Güvenliği Ajansı'nın web sitesinde ([www.ansm.sante.fr](http://www.ansm.sante.fr)) veya aşağıdaki QR kodunu tarayarak ulaşabilirsiniz.



### AŞI OTURUMUNUN İŞLEYİŞİ

Aşı oturumu öncesinde, tıbbi ekip çocuğunuzla görüşecek ve sağlık kartını kontrol edecektir. Çocuğunuz daha sonra HPV'ye karşı aşı dozunu gizli bir alanda alacaktır. Aşıdan sonra bayılmalar, bazen titreme veya kas sertliği ile birlikte düşmeler meydana gelebilir. Bayılma vakaları nadir olsa da, çocuğunuz aşıdan sonra 15 dakika boyunca tıbbi ekip tarafından gözlem altında tutulacaktır.

### BİLGİ TEKNOLOJİLERİ VE ÖZGÜRLÜKLERE İLİŞKİN BİLGİLER

Bu aşı kampanyası kişisel verilerin işlenmesini gerektirmektedir.

Özellikle, aşı izin formları, sağlık bölgesi ajansları (ARS) tarafından mobilize edilen aşı merkezleri ve yapılar tarafından insan papillomavirüs enfeksiyonlarına karşı ulusal aşı kampanyasının ve gerekirse diğer aşılardan yakalanmasının organizasyonu için kullanılacaktır. Bu işlemler, çocuğunuzun aşısını gerçekleştiren ARS tarafından atanan sağlık merkezi veya önleme yapısı ile ARS'nin yetkili bölgesel sağlık ajansı tarafından ortak sorumluluk altında gerçekleştirilir.

Çocuğunuzun okulu, bu işlemleri gerçekleştiren sorumlular adına tamamladığınız bu izni toplamakla yükümlüdür ve daha sonra bu belgeyi aşı merkezine veya aşı yapısına iletmektedir. Bu iletim, mühürlü bir zarf içinde yapılır ve kurumlar içerdiği bilgilerden haberdar olmaz.

Toplanan veriler, ARS tarafından belirlenen sağlık yapıları içinde yetkilendirilmiş personellere yöneliktir. Bu veriler, olası sorumluluk araştırmaları için bu kurumlar tarafından saklanabilir.

Veri toplama işlemine ilişkin olarak, GDPR'nin 15, 16, 18 ve 21. maddeleri tarafından öngörülen erişim, düzeltme, sınırlama ve itiraz hakları, bu işleme ilişkin olarak okul müdürüne başvurularak kullanılabilir. Okul müdürü, ilgili aşı merkezine veya yetkili yapıya bu hakların kullanımına ilişkin talepleri derhal ve herhangi bir iletişim aracıyla iletacaktır. Aynı şekilde, 6 Ocak 1978 tarihli 78-17 sayılı bilgi işlem, dosyalar ve özgürlükler hakkında kanunun 85. maddesi uyarınca öngörülen haklarınızı da kullanabilirsiniz.

Ayrıca, aşı merkezleri ve yapıları, kurum içinde gerçekleştirilen aşı işlemlerinden sonra bu formları kullanarak, bir yandan bu aşılardan ödeme alınabilmesi için sağlık sigortasına gerekli bilgileri iletme, diğer yandan sağlık gözetimi ve epidemiyolojik izleme görevlerini yerine getirmek üzere anonim ve toplu verileri ulusal sağlık ajansı/Santé Publique France'a iletme amacıyla kullanacaklardır.

Bu işlemlerle ilgili ek bilgiler Sağlık Bakanlığı ve ARS'nin internet sitesinde bulunmaktadır.