

**AUTORISATION PARENTALE POUR LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV)**  
**ՄԱՐԴՈՒ ԴԱՊԻԼՈՍԱՎԻՐՈՒՄԻ (ՄՊՎ) ԴԵՄ ՊԱՏՎԱՍՏՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ԾՆՈՂՆԵՐԻ ԹՈՒՅԼՎՈՒԹՅՈՒՆ**

*(Des informations sur la séance de vaccination et le vaccin figurent au verso de cette page)*

*(Պատվաստման փուլի և պատվաստանյութի մասին տեղեկություններն առկա են այս էջի մյուս կողմում)*

Nom de l'enfant / Երեխայի ազգանունը. \_\_\_\_\_ Prénom de l'enfant / Երեխայի անունը. \_\_\_\_\_  
 Date de naissance / Ծննդյան ամսաթիվը. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe / Սեռը.  F / Ս  G / Տ  
 Nom du collège / Քոլեջի անվանումը. \_\_\_\_\_ Commune du collège / Քոլեջի քաղաքը. \_\_\_\_\_

	Parent / Responsable légal 1 Ծնող/օրինական ներկայացուցիչ 1	Parent / Responsable légal 2 Ծնող/օրինական ներկայացուցիչ 2
Nom – Prénom / Ազգանուն - Անուն		
Téléphone portable / Բջջային հեռախոսահամարը		
Numéro de sécurité sociale <sup>1</sup> Սոցիալական ապահովագրության համարը <sup>1</sup>	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
Régime de sécurité sociale Սոցիալական ապահովագրության համակարգը	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre / Այլ : _____	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre / Այլ : _____

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.  
 Այս տվյալներն առկա երեխայի կամ ծնող(ներ)ի իրավունքների տեղեկանքում, որին(որոնց) նա կցված է: Այդ տեղեկանքը հասանելի է Ameli կայքի էջում : <https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits>: Ցանքության դեպքում՝ դուք կարող եք այդ տեղեկանքը կցել ծնողների թույլտվության ձևաթղթին՝ հետագա քայլերը հեշտացնելու նպատակով:

Je soussigné(e), / Ես՝ \_\_\_\_\_

**autorise** le centre de vaccination à vacciner contre les HPV l'enfant ci-dessus désigné. / **թույլ եմ տալիս** պատվաստման կենտրոնին՝ ՄՊՎ վարակի դեմ պատվաստել վերոհիշյալ երեխային

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.**

ՄՊՎ-ի դեմ պատվաստման համար անհրաժեշտ է **2 դեղաչափ՝ 6-ից 13 ամիս ինտերվալով**, եթե այն իրականացվում է 11-ից 14 տարեկան հասակում: **Պատվաստման օրը երեխան իր հետ պետք է պարտադիր ունենա իր բժշկական քարտը կամ պատվաստումների քարտը:**

**n'autorise pas** le centre de vaccination à vacciner contre les HPV l'enfant ci-dessus désigné. / **թույլ չեմ տալիս** պատվաստման կենտրոնին՝ ՄՊՎ վարակի դեմ պատվաստել վերոհիշյալ երեխային:

Si l'enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les HPV (nom du vaccin : Gardasil9®), merci de préciser la ou les dates :  
 Եթե երեխան արդեն պատվաստվել է ՄՊՎ-ի դեմ (պատվաստանյութի անունը՝ Gardasil9®), խնդրում ենք նշել ամսաթիվը կամ ամսաթվերը.

Date de la Dose 1 / 1-ին դեղաչափի ամսաթիվը \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Date de la Dose 2 / 2-րդ դեղաչափի ամսաթիվը \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date / Ամսաթիվ. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 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.

Էլեկտրոնային ստորագրության դեպքում՝ ծնողը/օրինական ներկայացուցիչը հաստատում է, որ մյուս ծնողը/օրինական ներկայացուցիչը տվել է իր համաձայնությունը: Թղթային ստորագրության դեպքում՝ երկու ծնողները/օրինական ներկայացուցիչները պետք է ստորագրեն:

Signature Parent/Responsable légal 1 : \_\_\_\_\_ Signature Parent/Responsable légal 2 : \_\_\_\_\_  
 1 Ծնողի/օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը. 2 Ծնողի/օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը.

**À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal<sup>2</sup> / Լրացնել, եթե միայն մեկ օրինական ներկայացուցիչ ստորագրություն է առկա<sup>2</sup> :**

Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné. / Ես հաստատում եմ, որ վերոհիշյալ երեխայի միակ օրինական ներկայացուցիչն եմ:

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> / Ես հաստատում եմ, որ երեխայի երկրորդ օրինական ներկայացուցիչը՝ Պարոն, Տիկին \_\_\_\_\_, ֆիզիկապես չի կարողացել ստորագրել սույն ձևաթուղթը, սակայն ՄՊՎ պատվաստման համար տվել է իր համաձայնությունը:

Date / Ամսաթիվ. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

Signature du seul Parent/Responsable légal / Միակ ծնողի/օրինական ներկայացուցչի ստորագրություն.

VOIR PAGE SUIVANTE  
ՏԵՄ ՀԱՋՈՐԴ ԷՋԸ

<sup>1</sup> Le cas échéant, indiquer le numéro Aide médicale de l'Etat (numéro de sécurité sociale temporaire).  
 Անհրաժեշտության դեպքում՝ նշել պետական բժշկական օգնության համարը (ժամանակավոր սոցիալական ապահովագրության համարը)  
<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'avèrerait inexacte ou fautive, 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).  
 Անչափահասների պատվաստման դեպքում ծնողական լիազորություններով օժտված երկու անձանց համաձայնությունը պարտադիր է: Այսպիսով, միայն մեկ ծնողի ստորագրության պարագայում՝ երկրորդ ծնողի ֆիզիկական անկարողության դեպքում, ստորագրող ծնողը պարտավորվում է հաստատել, որ ծնողական լիազորությամբ օժտված երկրորդ ծնողը տվել է իր համաձայնությունը: Անձը պատասխանատվություն է կրում տրամադրած ցանկացած կեղծ հայտարարության կամ տեղեկության համար, և նա կարող է դատապարտվել է մեկ տարի ազատազրկման կամ 15 000 եվրո տուգանքի (քրեական օրենսգրքի 441-7 հոդված):

**INFORMATIONS SUR LE VACCIN CONTRE LES INFECTIONS A HPV**  
**ՊՄՎ ՎԱՐԱՎՆԵՐԻ ԴԵՄ ՊԱՏՎԱՍՏԱՆՅՈՒՆԹԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ**

ՊՄՎ դեմ Gardasil 9® պատվաստանյութը, որով պատվաստվելու է ձեր երեխան, ապահով և արդյունավետ պատվաստանյութ է: Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպությունը խորհուրդ է տալիս պատվաստել ՊՄՎ վարակների դեմ: Այսօրվանից պաշտպանելով մեր պատանիներին՝ մենք կարող ենք իրենց օգնել՝ ապագայում ՊՄՎ-ի հետ առնչվող քաղցկեղների առաջացման ռիսկը նվազեցնելու հարցում: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ՊՄՎ-ի դեմ պատվաստվելը թույլ է տալիս նվազեցնել ՊՄՎ վարակների զարգացումը զգալիորեն՝ մինչև 90%-ով, ինչն իր հերթին զգալիորեն նվազեցնում է նաև նախաքաղցկեղային ախտահարումների ու դրանց հարող քաղցկեղների առաջացումը: Ինչպես բոլոր պատվաստանյութերի պարագայում, այս պատվաստանյութից նույնպես կարող են առաջանալ որոշ կողմնակի ազդեցություններ, որոնք հիմնականում լուրջ չեն:

**Պատվաստանյութի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ կարող եք ստանալ դեղորայքների ու առողջապահության ապրանքների անվտանգության ազգային Գործակալության պաշտոնական կայքում. [www.ansm.sante.fr](http://www.ansm.sante.fr) կամ սկան անելով *հետևյալ QR կոդը*.**



**ՊԱՏՎԱՍՏՄԱՆ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԸՆԹԱՅՔԸ**

Պատվաստելուց առաջ՝ բժշկական անձնակազմը կհանդիպի ձեր երեխային և կստուգի իր բժշկական քարտը: Այնուհետև ձեր երեխան կստանա ՄՊՎ-ի դեմ պատվաստանյութի մեկ դեղաչափ՝ դրա համար նախատեսված կոնֆիդենցիալ վայրում: Ներարկումից հետո նհարավոր են ուշագնացություններ, որոնք երբեմն ուղեկցվում են դողով ու ձգվածության զգացումով, ինչը երբեմն կարող է առաջացնել նաև թուլություն: Չնայած այն հանգամանքին, որ ուշագնացության դեպքերը շատ հազվադեպ են, ձեր երեխան կմնա բժշկական անձնակազմի հսկողության ներքո պատվաստումն իրականացնելուց հետո՝ 15 րոպեի ընթացքում:

**ԹՎԱՅՆԱՑՄԱՆ ՈՒ ԱԶՍՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎԱԿԱՆ ԱՎՆԱՐԿ**

Պատվաստման սույն ծրագիրն իր մեջ ներառում է անձնական բնույթի տվյալների մշակում:  
Մասնավորապես՝ Մարդու պայլիումավիրուսի դեմ պատվաստման ու այլ պատվաստումների իրականացման ազգային ծրագրի շրջանակներում Առողջապահության Տարածքային Գործակալությունների կողմից լիազորված պատվաստման կենտրոններն ու կառույցներն օգտագործելու են պատվաստումներն իրականացնելու համար նախատեսված համաձայնության ձևաթղթեր: Սույն կանխարգելիչ միջոցառումներն իրականացվում են Առողջապահության Տարածքային համապատասխան Գործակալության և ձեր երեխայի պատվաստումն իրականացնելու համար Առողջապահության Տարածքային Գործակալությունների կողմից լիազորված պատվաստման կենտրոնների ու կառույցների համատեղ պատասխանատվության ներքո:

Ձեր երեխայի ուսումնական հաստատությունը պարտավորվում է ստանալ միայն ձեր կողմից լրացված սույն համաձայնությունը, որն այնուհետև փոխանցում է պատվաստման կենտրոններին ու կառույցներին: Փաստաթղթերի այդ փոխանցումն իրականացվում է դրոշմված ու փակ ծրարում. հետևաբար՝ հաստատությունները չեն կարող ծանոթանալ դրանցում առկա տեղեկություններին ու տվյալներին:

Հավաքագրված տեղեկությունները կարող են ստանալ միայն պետության տարածքում Առողջապահության Տարածքային Գործակալությունների կողմից նշանակված առողջապահական կենտրոնների լիազորված աշխատակիցները: Սույն կառույցները կարող են պահպանել այդ տեղեկությունները՝ պատասխանատվության հնարավոր հետազոտություններն իրականացնելու նպատակով:

Համաձայնության ձևաթղթի մշակման ժամանակ դրանում պարունակվող տեղեկությունների հասանելիության, այդ տեղեկություններում փոփոխություններ, լրացումներ, սահմանափակումներ ու հակադրումներ կատարելու իրավունքներն իրականացվում են հաստատության ղեկավարի ներկայությամբ՝ տվյալների պաշտպանության ընդհանուր կանոնադրության (RGPD) 15, 16, 18 և 21 հոդվածների համաձայն: Հաստատության ղեկավարն անմիջապես ու ցանկացած եղանակով պատվաստումների համար պատասխանատու տարածքային կենտրոնին փոխանցում է կենտրոնում ներկա անձանց դիմումները՝ իրենց իրավունքներից օգտվելու մասին:

Նույն կերպ, դուք կարող եք իրականացնել ձեր իրավունքները՝ թվայնացման, փաստաթղթերի ու ազատությունների մասին 1978 թ-ի հունվարի 6-ի N°78-17 օրենքի 85 հոդվածի համաձայն:

Բացի այդ, հաստատությունում պատվաստումներն իրականացնելուց հետո այդ ձևաթղթերը մի կողմից կօգտագործեն պատվաստումների կենտրոնները ու կառույցները՝ պատվաստման ծախսերը հոգալու նպատակով ապահովագրական կազմակերպություններին անհրաժեշտ տվյալները տրամադրելու համար, իսկ մյուս կողմից՝ հավաստի ու ոչ անվանական տվյալները Հասարակական Առողջապահության Ազգային Գործակալության /Ֆրանսիայի Հասարակական Առողջապահություն/ տրամադրելու համար՝ առողջապահության պահպանման ու համաձայնագրման հսկողության ոլորտում իրենց գործառնությունների շրջանակում:

Սույն կանխարգելիչ միջոցառումների մասին լրացուցիչ տեղեկությունները հասանելի են առողջապահության նախարարության և առողջապահության շրջանային գործակալությունների ինտերնետային կայքում: