

**AUTORISATION PARENTALE POUR LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV)**  
**SAGLASNOST RODITELJA ZA SPROVOĐENJE IMUNIZACIJE VAKCINOM PROTIV INFEKCIJE HUMANIM PAPILOMA VIRUSOM**

(Des informations sur la séance de vaccination et le vaccin figurent au verso de cette page)  
(Informacije o vakcinama i o postupku imunizacije, nalaze se na poleđini ovog lista)

Nom de l'enfant / Prezime deteta : \_\_\_\_\_ Prénom de l'enfant / Ime deteta : \_\_\_\_\_  
Date de naissance / Datum rođenja : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe / Pol :  F /  Ž  G /  M  
Nom du collège / Naziv škole : \_\_\_\_\_ Commune du collège / Opština na kojoj se nalazi škola : \_\_\_\_\_

	Parent/Responsable légal 1 Roditelj/Zakonski zastupnik 1	Parent/Responsable légal 2 Roditelj/Zakonski zastupnik 2
Nom – Prénom / Prezime - Ime		
Téléphone portable / Mobilni telefon		
Numéro de sécurité sociale <sup>1</sup> Broj zdravstvenog osiguranja <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"/>
Régime de sécurité sociale Vrsta zdravstvenog osiguranja	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre / Drugo : _____	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre / Drugo : _____
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: <a href="https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits">https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits</a> . Vous pouvez, si vous le souhaitez, joindre cette attestation au formulaire d'autorisation parentale afin de faciliter les démarches. Ovi podaci se nalaze na potvrdi o zdravstvenom osiguranju deteta ili roditelja za koga je dete vezano. Potvrdu možete konsultovati na Vašem nalogu Ameli: <a href="https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits">https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits</a> . Ukoliko želite, ovu potvrdu možete da priložite uz obrazac za davanje saglasnosti roditelja kako biste olakšali proceduru.		

Je soussigné(e), /Ja, dole potpisani/a, \_\_\_\_\_

autorise le centre de vaccination à vacciner contre les HPV l'enfant ci-dessus désigné. / saglasan/na sam da centar za vakcinaciju, sprovede imunizaciju dole navedenog deteta vaccinom protiv HPV-a.

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.**

Za imunizaciju protiv HPV-a, koja se sprovodi između 11. i 14. godine, dete treba da primi dve doze u razmaku od 5 do 13 meseci. **Dete mora da ima kod sebe svoj zdravstveni karton.**

n'autorise pas le centre de vaccination à vacciner contre les HPV l'enfant ci-dessus désigné. / nisam saglasan/na da centar za vakcinaciju sprovede imunizaciju dole navedenog deteta vaccinom protiv infection HPV-om.

Si l'enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les HPV (nom du vaccin : Gardasil9®), merci de préciser la ou les dates :  
Ako je dete već primilo vakcinu protiv infekcije HPV-om (naziv vakcine: Gardasil9), navesti datum/e kada je sprovedena imunizacija:

Date de la Dose 1 / Datum 1. doze \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Date de la Dose 2 / Datum 2. doze \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date / Datum : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 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.

U slučaju elektronskog potpisivanja, roditelj potpisnik i zakonski zastupnik deteta, daje častnu izjavu da je i drugi roditelj i zakonski zastupnik deteta saglasan. Ukoliko se potpisuje napapiru, potreban je potpis oba roditelja/zakonska zastupnika deteta.

Signature Parent/Responsable légal 1 :  
Roditelj/Zakonski zastupnik 1

Signature Parent/Responsable légal 2 :  
Roditelj/Zakonski zastupnik 2

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal<sup>2</sup> / Popuniti u slučaju da samo jedan nosilac roditeljskog prava potpisuje saglasnost<sup>2</sup> :

Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné. /Izjavljujem da sam jedini nosilac roditeljskog prava nad dole navedenim detom.  
 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> / Dajem častnu izjavu da je drugi nosilac roditeljskog prava nad detetom: gospodin, gospođa \_\_\_\_\_, materijalno sprečen/a da potpiše ovaj obrazac ali da je saglasan/na da se izvrši imunizacija protiv infekcije HPV-om 2

Date / Datum : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

Signature du seul Parent/Responsable légal / Potpis samo jednog roditelja/Zakonskog zastupnika :

VOIR PAGE SUIVANTE  
VIDI NA SLEDEĆOJ STRANI

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

Ukoliko postoji, navesti broj državne zdravstvene pomoći (privremeni broj zdravstvenog osiguranja)

<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).

Za imunizaciju maloletnika potrebna je saglasnost oba nosioca roditeljskog prava. Tako da, kada je samo jedan roditelj potpisao zbog materijalne sprečenosti drugog roditelja, roditelj potpisnik daje častnu izjavu da je drugi nosilac roditeljskog prava takođe saglasan. Svaka izjava ili informacija za koju se ispostavi da je netačna ili krivotvorena, povlači za sobom ličnu odgovornost potpisnika i kažnjava se zatvorskom kaznom u trajanju od godinu dana i novčanom kaznom od 15000 evra (član 441-7 Krivičnog zakonika)

## INFORMATIONS SUR LE VACCIN CONTRE LES INFECTIONS A HPV INFORMACIJE O VAKCINI PROTIV INFEKCIJE HPV-OM

Vakcina protiv infekcije HPV-om, Gardasil<sup>9</sup>, kojom će biti sprovedena imunizacija Vašeg deteta, bezbedna je i efikasna. Imunizacija protiv infekcija uzrokovanim HPV-om preporučena je i od SZO. Ako zaštitimo naše adolescente već sada, možemo da im pomognemo da kasnije, tokom života, imaju značajno manji rizik da obole od kancera izazvanih infekcijama HPV-om. Zapravo, studije su pokazale da imunizacija protiv infekcije HPV-om može značajno da umanji rizik od infekcije ovim virusom i to do 90%; što omogućava da se značajno smanji i rizik od razvijanja predkanceroznih promena i obolevanja od kancera izazvanih ovim virusom. Kao i svaka vakcina i ova vakcina može da izazove određena neželjena dejstva od kojih je većina benigna.

Više informacija o vakcinama možete dobiti na sajtu Nacionalne agencije za bezbednost lekova i medicinskih sredstava: [www.anism.sante.fr](http://www.anism.sante.fr) ili skeniranjem sledećeg QR koda.



### ODVIJANJE POSTUPKA IMUNIZACIJE

Pre vakcinacije, medicinsko osoblje će razgovarati sa Vašim detetom i proveriti njegovu/njenu zdravstvenu knjižicu. Nakon toga, Vaše dete će u zaklonjenom prostoru biti imunizovano jednom dozom vakcine protiv infekcije HPV-om. Postoji mogućnost da posle izvršene imunizacije dođe do nesvestice koja ponekad bude praćena drhtavicom, kočenjem i padanjem. Iako su slučajevi nesvestice retki, posle izvršene imunizacije, Vaše dete će biti zadržano na posmatranju, pod nadzorom medicinskog osoblja, tokom narednih 15 minuta posle ubrizgavanja jedne ili više vakcina.

### NAPOMENE O INFORMATIČKIM INFORMACIJAMA I SLOBODAMA

Ova kampanja imunizacije podrazumeva i obradu ličnih podataka.

Obrasce za davanje saglasnosti za imunizaciju će posebno koristiti ustanove i centri za vakcinaciju koje Regionalna zdravstvena organizacija uključi u organizovanje nacionalne kampanje imunizacije protiv infekcije humanim papiloma virusom i eventualno, radi revakcinacije drugim vakcinama. Pomenuta obrada podataka, sprovodi se pod zajedničkom odgovornošću nadležne Regionalne zdravstvene organizacije i centra za vakcinaciju ili ustanove za prevenciju koje odredi RZO i koje budu sprovodile imunizaciju Vašeg deteta.

Školska ustanova koju pohađa Vaše dete, zadužena je samo, da za potrebe ustanova nadležnih za obradu podataka, prikupi obrazac davanja saglasnosti koji ste popunili, nakon čega ga prosleđuje centru ili ustanovi koja sprovodi imunizaciju. Prosleđivanje obrasca, vrši se u zapečaćenoj koverti, na takav način da predmetne ustanove nemaju uvid u informacije koje sadrži.

Primaoci prikupljenih podataka mogu biti samo ovlašćena lica pri zdravstvenim ustanovama koje je RZA odredila u tu svrhu, na području svoje nadležnosti. Pomenute ustanove mogu da čuvaju predmetne podatke, eventualno za potrebe utvrđivanja odgovornosti.

Pravo pristupa, korekcije, ograničenja i sporenja koje predviđaju članovi 15, 16, 18 i 21 Opšteg pravilnika o zaštiti ličnih podataka, vrši se obraćanjem rukovodiocu ustanove u vezi sa obradom podataka na osnovu prikupljenih obrazaca davanja saglasnosti. Zahteve za ostvarivanje ličnih prava, rukovodilac ustanove dostavlja centrima ili ustanovama za vakcinaciju koji su teritorijalno nadležni, bez odlaganja i na svaki raspoloživ način.

Takođe, imate mogućnost da ostvarite svoja prava predviđena članom 85 zakona br. 78-17 od 6. januara 1978. godine, u vezi sa informatikom, fajlovima i slobodama.

Osim toga, posle izvršene imunizacije u ustanovi, pomenute obrasce će koristiti taj isti centar ili ustanova za vakcinaciju, kako bi fondu za zdravstveno osiguranje mogli da proslede podatke koji su potrebni za snošenje troškova tih vakcina, kao i da bi se Nacionalnoj zdravstvenoj agenciji u Francuskoj, prosledili objedinjeni i ne nominativni podaci u skladu sa njenim zadacima sanitarnog nadzora i epidemiološkog posmatranja.

Dotadne informacije o obradi podataka možete konsultovati na Internet sajtu ministarstva nadležnog za zdravstvo i za RZA.