

**AUTORISATION PARENTALE COMPLÉMENTAIRE POUR LES AUTRES VACCINATIONS QUE LA VACCINATION  
CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS**

*(Information sur les vaccins et sur la séance de vaccination au verso de cette page)*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance de l'enfant : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe :  F  G

Code postal de résidence : □□ □□□

Nom du collège : \_\_\_\_\_ Commune du collège : \_\_\_\_\_

	Parent / Responsable légal 1	Parent / Responsable légal 2
Nom – Prénom		
Téléphone portable		
Numéro de sécurité sociale <sup>1</sup>	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
Régime de sécurité sociale	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre : _____

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.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_

**Autorise** le centre de vaccination à vacciner, si nécessaire, l'enfant ci-dessus désigné pour la ou les vaccinations recommandées listées ci-dessous (merci de cocher oui ou non pour toutes les vaccinations listées ci-dessous) :

- Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos, la Polio, et la Coqueluche ----- Oui  Non
- Vaccin contre la Rougeole, les Oreillons, et la Rubéole ----- Oui  Non
- Vaccin contre l'Hépatite B ----- Oui  Non
- Vaccin contre la Méningite à méningocoque ACWY ----- Oui  Non

À noter que plusieurs vaccins peuvent être administrés aux enfants au cours d'une même séance.

**L'enfant devra impérativement être muni de son carnet de santé ou de vaccination le jour de la séance de vaccination.**

**N'autorise pas** le centre de vaccination à vacciner si nécessaire l'enfant ci-dessus désigné pour le ou les vaccinations recommandées pour mon enfant.

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

Signature Parent/Responsable légal 1 :

Signature Parent/Responsable légal 2 :

**À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal<sup>2</sup> :**

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

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 les vaccins cochés ci-dessus.

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature du seul parent/responsable légal 1 :

VOIR PAGE SUIVANTE

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

<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 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).

## INFORMATIONS SUR LES VACCINS

Les vaccins avec lesquels votre enfant sera vacciné sont sûrs, efficaces et recommandés par les autorités sanitaires du monde entier. Les vaccins peuvent provoquer certains effets secondaires et bénins pour la grande majorité.

**Vous trouverez plus d'information sur le vaccin sur le site de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé : [www.ansm.santé.fr](http://www.ansm.santé.fr) ou en scannant le QR code ci-dessous**



## DEROULEMENT DE LA SEANCE DE VACCINATION

Avant la séance de vaccination, l'équipe médicale s'entretiendra avec votre enfant et vérifiera son carnet de santé. Votre enfant bénéficiera, ensuite, d'une injection du ou des vaccins pour lesquels il n'est pas à jour, dans un espace confidentiel. Après l'injection, bien que les cas d'évanouissement soient peu fréquents, votre enfant restera en observation, sous la surveillance de l'équipe médicale, durant les 15 minutes suivant l'injection du ou des vaccins.

## MENTIONS D'INFORMATION INFORMATIQUE ET LIBERTE

La présente campagne de vaccination implique la mise en œuvre de traitements de données à caractère personnel.

En particulier, les formulaires d'autorisation à la vaccination seront utilisés, par les structures et centres de vaccination mobilisés par les ARS, aux fins d'organisation de la campagne nationale de vaccination contre les infections à papillomavirus humains et du rattrapage éventuel des autres vaccinations. Ces traitements sont mis en œuvre sous la responsabilité conjointe de l'Agence régionale de santé compétente et du centre de vaccination ou de la structure de prévention désignés par l'ARS réalisant la vaccination de votre enfant.

L'établissement scolaire de votre enfant est uniquement chargé de collecter, pour le compte de ces responsables de traitement, la présente autorisation complétée par vos soins qu'il transmet ensuite au centre ou à la structure de vaccination. Cette transmission est réalisée sous enveloppe cachetée et les établissements n'ont donc pas connaissance des informations qui y figurent.

Sont uniquement destinataires des données collectées les personnels habilités au sein des structures de santé désignées par l'ARS sur leur territoire. Elles pourront être conservées par ces entités à des fins d'éventuelles recherches en responsabilité.

Les droits d'accès, de rectification, de limitation et d'opposition, prévus par les articles 15, 16, 18 et 21 du RGPD s'exercent auprès du chef d'établissement à l'égard de ce traitement relatif à la collecte des formulaires d'autorisation. Celui-là transmet sans délai et par tout moyen, les demandes d'exercice des droits des personnes au centre ou à la structure de vaccination territorialement compétent.

De la même manière, vous pouvez exercer les droits prévus à l'article 85 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Par ailleurs, ces formulaires seront utilisés, après l'acte de vaccination effectué au sein de l'établissement, par ces mêmes centres et structures de vaccination, d'une part, aux fins d'adresser à l'assurance-maladie les éléments nécessaires à la prise en charge de ces vaccins et, d'autre part, aux fins d'adresser des données agrégées et non-nominatives à l'Agence nationale de santé publique/Santé publique France, conformément à ses missions de veille sanitaire et de surveillance épidémiologique. Des informations complémentaires sur ces traitements sont mises à votre disposition sur le site internet du ministère chargé de la santé et des ARS.