

Annexe 1
AUTORISATION PARENTALE POUR LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV)
Centre de vaccination

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

Nom du jeune : _____ Prénom du jeune : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : F G
Nom de l'établissement : _____ Commune de l'établissement _____

	Parent / Responsable légal 1	Parent / Responsable légal 2
Nom – Prénom		
Téléphone portable		
Numéro de sécurité sociale¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 du jeune 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 contre les HPV le jeune ci-dessus désigné.

La vaccination contre les HPV nécessite 2 doses espacées entre 5 et 13 mois, lorsqu'elle est réalisée entre 11 et 14 ans.

Le jeune 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 contre les HPV le jeune ci-dessus désigné.

Si le jeune a déjà bénéficié d'une vaccination contre les HPV (nom du vaccin : Gardasil9®), merci de préciser la ou les dates :

Date de la Dose 1 ____ / ____ / ____ Date de la Dose 2 ____ / ____ / ____

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 légal² :

Je déclare être le seul responsable légal du jeune ci-dessus désigné.

Je déclare sur l'honneur que le second responsable légal du jeune : Monsieur, Madame _____, est matériellement empêché de signer le présent formulaire mais a donné son autorisation pour la vaccination contre les HPV².

Date : ____ / ____ / 20____

Signature du seul Parent/Responsable légal :

[VOIR PAGE SUIVANTE](#)

INFORMATIONS SUR LE VACCIN CONTRE LES INFECTIONS A HPV

Le vaccin Gardasil 9® contre les HPV avec lequel le jeune sera vacciné, est un vaccin sûr, efficace. La vaccination contre les infections à HPV est recommandée par l'OMS. En protégeant nos adolescents dès maintenant, nous pouvons les aider à réduire considérablement leur risque de développer des cancers liés au HPV plus tard dans leur vie. En effet, des études ont montré que la vaccination contre le HPV peut

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

² 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).

réduire le risque de développer des infections à HPV de manière significative, jusqu'à 90%, ce qui permet de réduire aussi de manière significative le risque de développer des lésions précancéreuses et des cancers associés. Comme pour tous les vaccins, quelques effets secondaires sont possibles 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 ou en scannant le QR code ci-dessous



DÉROULEMENT DE LA SÉANCE DE VACCINATION

Avant la séance de vaccination, l'équipe médicale s'entretiendra avec le jeune et vérifiera son carnet de santé. Au regard des spécificités de certaines situations de handicap, le jeune pourra être accompagné par l'un de ses parents ou représentants légaux notamment pour ceux qui n'ont pas la capacité de répondre aux questions de l'équipe médicale. Le jeune bénéficiera, ensuite, de l'injection d'une dose de vaccin contre les HPV dans un espace confidentiel. Après l'injection, il peut se produire des évanouissements, parfois accompagnés de tremblements ou raideurs et pouvant être accompagnés de chutes. Bien que les cas d'évanouissement soient peu fréquents, le jeune restera en observation, sous la surveillance de l'équipe médicale, durant les 15 minutes suivant l'injection du vaccin.

MENTIONS D'INFORMATION INFORMATIQUES ET LIBERTÉS

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 d'accueil du jeune 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 par l'équipe médicale de l'établissement. 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.