Annexe 2

AUTORISATION PARENTALE POUR LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV) ET/OU CONTRE LES MÉNINGITES À MÉNINGOCOQUE ACWY - ESMS

(Des informations sur la séance de vaccination et les vaccins figurent au verso de cette page)

Nom de l'enfant :	Prénom de l'enfant :	
Date de naissance : / / Se Nom de l'établissement :	exe : \Box F \Box G Commune de l'établissement :	
	Parent / Responsable légal 1	Parent / Responsable légal 2
Nom – Prénom		
Téléphone portable		
Numéro de sécurité sociale *	п ш ш ш ш ш	
Régime de sécurité sociale	□ CPAM □ MSA □ MGEN □ Autre :	□ CPAM □ MSA □ MGEN □ Autre:
es informations figurent sur l'attestation de droits de l'enfant ou du eli : https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits. Vous pouvez, t, indiquer le N° d'Aide médicale de l'État (N° de sécurité sociale te	si vous le souhaitez, joindre cette attestation au formulaire d'aumporaire).	
Je soussigné(e),		
□•autorise l'établissement à vacciner contre les	Ç	
□•autorise l'établissement à vacciner contre les	méningites à méningocoque ACWY l'enfant ci-de	essus désigné.
La vaccination contre les HPV nécessite <u>2 dos</u> méningocoques ACWY nécessite une seule dose.		et réalisée entre 11 et 14 ans. Celle contre les édicale.
☐ M'engage à fournir le carnet de santé à mon e	nfant le jour de la vaccination, sans quoi la vaccir	nation ne pourra pas être réalisée.
□•Atteste ne pas être en capacité de présente vaccinations demandées.	er le carnet de santé (perte) et ne pas avoir f	ait vacciner mon enfant préalablement pour les
□• <u>n'autorise pas</u> l'établissement à vacciner cont	re les infections HPV l'enfant ci-dessus désigné	
Si l'enfant 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//	_
□• <u>n'autorise pas</u> l'établissement à vacciner cont	re les méningites à méningocoque ACWY l'enfar	t ci-dessus désigné
Si l'enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre le date : Date de la Dose///	s méningites à méningocoque ACWY (nom des vaccins	: Nimenrix, MenQuadfi, Menvéo), merci de préciser la
Date:// 20 En cas de signature électronique, le parent/responsable de signature sur papier, les deux parents /responsables Signature Parent/Responsable légal 1 :	légaux doivent signer.	rent/responsable légal a donné son autorisation. En cas able légal 2 :
À compléter en cas de signature d'un seul respon	nfant ci-dessus désigné.	
☐ Je déclare sur l'honneur que le second respons		
matériellement empêché de signer le présent for méningocoques ACWY¹.	mulaire mais a donné son autorisation pour la va	ccination contre les HPV et /ou contre les
Date : / / 20 Signature du seul Parent/Responsable légal :		

INFORMATIONS SUR LE VACCIN CONTRE LES INFECTIONS À HPV ET CONTRE LES MÉNINGITES ACWY

Le vaccin contre les infections à papillomavirus (HPV) avec lequel votre enfant sera vacciné est sûr et efficace. La vaccination contre les infections à HPV est recommandée pour toutes les jeunes filles et pour tous les jeunes garçons âgés de 11 à 14 ans révolus. 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

¹ 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 cotitulaire 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).

contre le HPV peut 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.

La vaccination contre les infections invasives à méningocoques ACWY est recommandée chez tous les jeunes âgés de 11 à 14 ans. Les méningites sont des infections transmissibles graves qui touchent particulièrement les adolescents et les jeunes adultes. Elles peuvent conduire au décès ou laisser des séquelles importantes. La vaccination contre les méningocoques ACWY avec une dose unique de vaccin permet une protection efficace et prolongée. 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.sante.fr ou en scannant le OR code ci-dessous





DÉROULEMENT DE LA SÉANCE 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, de l'injection d'une dose de vaccin contre les HPV et/ou une dose de vaccin contre les méningocoques ACWY dans un espace confidentiel. Il est possible d'administrer ces deux vaccins lors d'une même séance.

Après la ou les injections, 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, 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 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 pourront être utilisés, par l'établissement de votre enfant, 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'ARS compétente et de l'établissement de votre enfant.

Sont uniquement destinataires des données collectées les personnels habilités au sein l'établissement de votre enfant. Elles pourront être conservées à des fins d'éventuelles recherches en responsabilité, pendant 18 ans à compter de l'acte de vaccination.

Les droits d'accès, de rectification, de limitation et d'opposition, prévus par les articles 15, 16, 18 et 21 du RGPD s'agissant du traitement relatif aux formulaires d'autorisation parentale s'exercent auprès du chef de l'établissement.

Par ailleurs, ces formulaires seront utilisés, après l'acte de vaccination effectué au sein de l'établissement, aux fins d'adresser à l'Assurance maladie les éléments nécessaires à la prise en charge de ces vaccins.

Des informations complémentaires sur ces traitements sont mises à votre disposition sur le site internet du ministère chargé de la santé et des ARS.