



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Madame, Monsieur,

Comme indiqué dans le document d'information qui vous a été remis à la fin de l'année dernière, votre enfant peut bénéficier au collège, d'une vaccination contre les infections à papillomavirus qui nécessite 2 doses de vaccins espacées de 5 à 13 mois et d'une vaccination contre les méningocoques ACWY qui nécessite une seule dose. Ces vaccinations sont proposées en classe de 5^{ème} et en classe de 4^{ème}.

La vaccination de votre enfant nécessite l'autorisation des deux parents. Si l'un des deux parents ne peut signer, l'autre parent doit le signaler dans les cases prévues à la fin du formulaire.

Votre autorisation, une fois signée, sera valable pour les deux années de scolarisation de votre enfant (classe de 5^{ème} et classe de 4^{ème})

Dans certaines régions, il peut également être proposé les autres vaccinations des adolescents (vaccin contre la rougeole (ROR), vaccin contre la diphtérie-tétanos-poliomyélite-coqueluche (DTPc) et vaccin contre l'hépatite B (VHB)).

Si ces vaccinations sont proposées, vous devez également donner votre autorisation pour en bénéficier.

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 les QR codes ci-dessous.**



*Vaccins contre les méningocoques
B et ACWY - ANSM*



*Quels sont les effets indésirables
des vaccins HPV ? - ANSM*

DÉROULEMENT DE LA SÉANCE DE VACCINATION

Lors de la séance de vaccination, l'équipe médicale s'entretiendra avec votre enfant et vérifiera son carnet de santé / de vaccination. 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.

Le formulaire d'autorisation parentale ci-joint, comporte 4 parties à renseigner et à retourner à l'établissement ou au centre de vaccination :

1 - Données Administratives

Une partie administrative qui permettra de vérifier l'identité de l'enfant et de procéder au remboursement du vaccin au centre de vaccination.

2 - Vaccins proposés dans tous les collèges

Une partie où il vous est demandé l'autorisation pour la vaccination contre les infections à HPV et contre les méningocoques ACWY

3 - Vaccins proposés dans certains collèges

Une partie où il vous est demandé l'autorisation des autres vaccinations de l'adolescent effectuées dans certains collèges

4 - Présentation du carnet de santé

Une partie demandant la présentation du carnet de santé / carnet de vaccination.

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'ARS 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, 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 s'exercent auprès du chef d'établissement qui 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.

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, afin 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.

AUTORISATION PARENTALE POUR LA VACCINATION AU COLLÈGE

classes de 5^{ème} et 4^{ème}

PARTIE 1 - DONNÉES ADMINISTRATIVES

Nom de l'enfant : _____ Prénom de l'enfant : _____
 Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : ☐ F ☐ G
 Nom du collège : _____ Commune du collège : _____

Code Postal de résidence de l'enfant : _____ CLASSE : ☐ 5^{ème} ou ☐ 4^{ème}

	Parent / Responsable légal 1	Parent / Responsable légal 2
Nom - Prénom		
Téléphone portable		
Numéro de sécurité sociale ¹		
Régime de sécurité sociale	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre : _____	☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre : _____

(1) 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.

PARTIE 2 - VACCINS PROPOSÉS DANS TOUS LES COLLÈGES

Je **soussigné(e)** (NOM – PRENOM) _____
autorise le centre de vaccination à vacciner l'enfant désigné en partie 1, contre :

Papillomavirus (HPV) La vaccination contre les HPV nécessite 2 doses (une en 5 ^{ème} , une en 4 ^{ème})	Dose 1	☐ Oui	☐ Non
	Dose 2	☐ Oui	☐ Non
Méningite à méningocoque ACWY		☐ Oui	☐ Non

Si votre enfant a déjà été vacciné pour l'une ou l'autre de ces vaccinations, merci de l'indiquer ci-dessous :
 Ces informations se trouvent dans le carnet de santé / carnet de vaccination de votre enfant

☐ **Mon enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les papillomavirus (HPV).**
 (Le nom du vaccin est : Gardasil 9)

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

☐ **Mon enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les méningocoques ACWY.**
 (Il existe 3 vaccins : Nimenrix, MenQuadfi ou Menvéo.)

Date de la Dose : ____ / ____ / ____

PARTIE 3 - VACCINS PROPOSÉS DANS CERTAINS COLLÈGES

Je **soussigné(e)** (NOM – PRENOM) _____
autorise le centre de vaccination à vacciner l'enfant désigné en partie 1, contre :

Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche	☐ Oui	☐ Non
--	------------------------------	------------------------------

Rougeole, Oreillons, Rubéole	☐ Oui	☐ Non
------------------------------	------------------------------	------------------------------

Hépatite B	☐ Oui	☐ Non
------------	------------------------------	------------------------------

PARTIE 4 - PRÉSENTATION DU CARNET DE SANTÉ LORS DE LA SÉANCE DE VACCINATION

☐ Je m'engage à fournir le carnet de santé à mon enfant le jour de la vaccination (original, photocopie ou photographie intégrale du carnet dans sa dernière version mise à jour).

☐ À défaut, j'atteste ne pas être en capacité de présenter le carnet de santé/vaccination (perte) et ne pas avoir fait vacciner mon enfant préalablement pour les vaccinations demandées.

SIGNATURE DES PARENTS/RESPONSABLES LÉGAUX

La vaccination des mineurs nécessite l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale.

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.

1^{er} cas : Les deux parents / responsables légaux signent le formulaire

Date : ____ / ____ / 20__

Signature Parent/Responsable légal 1 :

Signature Parent/Responsable légal 2 :

2^{ème} cas : Un seul parent/responsable légal signe le formulaire, si :

☐ Je déclare² 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 m'a donné son autorisation pour la vaccination contre les HPV et /ou contre les méningocoques ACWY.

Date : ____ / ____ / 20__

Signature du Parent/Responsable légal, seul signataire :

(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'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).