Annexe 1

AUTORISATION PARENTALE POUR LA VACCINATION

CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV) ET/OU CONTRE LES MÉNINGITES À MÉNINGOCOQUE ACWY

(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 : _____ / _____ / _____ Sexe : □ F □ G Classe de l'enfant :
Nom du collège : _____ Commune du collège : _____

	Parent / Responsable légal 1	**Parent / Responsable légal 2**
Nom - Prénom		
Téléphone portable		
Numéro de sécurité sociale[1]	⊔ ⊔⊔ ⊔⊔ ⊔⊔ ⊔⊔⊔ ⊔⊔⊔ ⊔⊔	⊔ ⊔⊔ ⊔⊔ ⊔⊔ ⊔⊔⊔ ⊔⊔⊔ ⊔⊔
mail		
Régime de sécurité sociale	□ CPAM □ MSA □ MGEN □ Autre : _____	□ CPAM □ MSA □ MGEN □ 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. * le cas échéant, indiquer le N° d'Aide médicale de l'État (N° de sécurité sociale temporaire).		

Je soussigné(e), _____

☐ autorise le centre de vaccination à vacciner **contre les infections HPV** l'enfant ci-dessus désigné.

☐ autorise le centre de vaccination à vacciner **contre les méningites à méningocoque ACWY** l'enfant 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. Celle contre les méningocoques ACWY nécessite une seule dose. La spécialité vaccinale est choisie par l'équipe médicale.

☐ M'engage à fournir le carnet de santé à mon enfant le jour de la vaccination, sans quoi la vaccination ne pourra pas être réalisée.

☐ Atteste ne pas être en capacité de présenter le carnet de santé (perte…) et ne pas avoir fait vacciner mon enfant préalablement pour les vaccinations demandées.

☐ n'autorise pas le centre de vaccination à vacciner **contre 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 _____ / _____ / ___

☐ n'autorise pas le centre de vaccination à vacciner **contre les méningites à méningocoque ACWY** l'enfant ci-dessus désigné.

Si l'enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les méningites à méningocoque ACWY (nom des vaccins : Nimenrix, MenQuadfi, Menvéo), merci de préciser la date : Date de la Dose __ / _____ / _____

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[2] :
☐ 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 la vaccination contre les HPV et /ou contre les méningocoques ACWY[2]
Date : _____ / _____ / 20___
Signature du seul Parent/Responsable légal :

[1] *Le cas échéant, indiquer le numéro Aide médicale de l'État (numéro de sécurité sociale temporaire).*

[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 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 LE VACCIN CONTRE LES INFECTIONS A 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 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 *QR 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 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.