

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

İNSAN PAPILLOMAVİRÜSLERİ (HPV) AŞISI DIŞINDAKİ DİĞER AŞILAR İÇİN EK EBEVEYN İZNI

*(Information sur les vaccins et sur la séance de vaccination au verso de cette page)
(Bu sayfanın arka yüzünde aşılarda ve aşı uygulama seansı hakkında bilgi bulunmaktadır.)*

Nom / Soyadı : _____

Prénom / Adı : _____

Date de naissance de l'enfant / Çocuğun doğum tarihi : ____ / ____ / ____

Sexe / Cinsiyeti : F / K G / E

Nom du collège / Ortaokulun adı : _____

Commune du collège / Ortaokulun bulunduğu ilçe : _____

	Parent / Responsable légal 1 Veli / Yasal Temsilci 1	Parent / Responsable légal 2 Veli / Yasal Temsilci 2
Nom – Prénom / Soyadı - Adı		
Téléphone portable / Cep telefonu		
Numéro de sécurité sociale¹ Sosyal Güvenlik Numarası¹	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Régime de sécurité sociale Sosyal Güvenlik Sistemi	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre / Diğer : _____	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre / Diğer : _____
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. Bu bilgiler, çocuğun veya bağlı olduğu ebeveynlerin haklar belgesinde yer almaktadır. Bu belge, Ameli hesabında mevcuttur: https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits . İsterseniz, bu belgeyi ebeveyn izin formuna ekleyerek işlemleri kolaylaştırabilirsiniz.		

Je soussigné(e), / Aşağıda imzası bulunan Ben, _____

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) / Aşağıda listelenen önerilen aşılarda için, gerekli görüldüğünde yukarıda belirtilen çocuğun aşılanmasına **izin veriyorum** (lütüfen aşağıda listelenen tüm aşılarda için 'evet' veya 'hayır' olarak işaretleyin) :

Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos, la Polio, et la Coqueluche Oui / Evet Non / Hayır

Boğmaca, Tetanos, Polio ve Difteri aşısı

Vaccin contre la Rougeole, les Oreillons, la Rubéole Oui / Evet Non / Hayır

Kızamık, Kabakulak ve Kızamıkçık aşısı

Vaccin contre l'Hépatite B Oui / Evet Non / Hayır

Hépatit B aşısı

Vaccin contre la Méningite à méningocoque ACWY Oui / Evet Non / Hayır

Menengokok ACWY aşısı

À noter que plusieurs vaccins peuvent être administrés aux enfants au cours d'une même séance. / Birden fazla aşı, aynı seansta çocuklara uygulanabilir.

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

Çocuk, aşı uygulama günü sağlık kartesi veya aşı kartını mutlaka yanında bulundurmalıdır.

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. / Yukarıda belirtilen çocuğu, gerekli görüldüğünde, önerilen aşılarda için aşılanmasına **izin vermiyorum**.

Date / Tarih : ____ / ____ / 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.

Elektronik imza durumunda, imza atan veli/ yasal temsilci, diğer ebeveynin/ yasal temsilcinin iznini verdiğini beyan eder. Kağıt üzerinde imza atılması durumunda, her iki ebeveyn/ yasal temsilcinin de imzalaması gerekmektedir.

Signature Parent/Responsable légal 1 :

Veli/Yasal Temsilci 1 İmzası :

Signature Parent/Responsable légal 2 :

Veli/Yasal Temsilci 2 İmzası :

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal² / Sadece bir yasal temsilci tarafından imzalanması durumunda doldurulacaktır² :

Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné. / Yukarıda belirtilen çocuğun tek yasal temsilcisi olduğumu beyan ederim.

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. / Çocuğun ikinci yasal temsilcisi Bay/Bayan _____, şu anda bu formu imzalamaya imkanına sahip olmamakla birlikte, yukarıda işaretlenen aşılarda için onayını verdiğini beyan ederim.

Date / Tarih : ____ / ____ / 20__

Signature du seul Parent/Responsable légal 1 / Veli/Yasal Temsilci 1 İmzası :

VOIR PAGE SUIVANTE
SONRAKİ SAYFAYA BAKIN

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

Gerekirse, Devlet Tıbbi Yardım numarasını (geçici sosyal güvenlik numarası) belirtin.

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).

Reşit olmayanların aşılanması, iki ebeveynin de izin vermesini gerektirir. Bu nedenle, diğer ebeveynin imzalaması materyal olarak mümkün olmadığı durumda yalnızca bir ebeveynin imzalaması durumunda, imzalayan kişi, yasal yetkiye sahip diğer kişinin onay verdiğini beyan eder. Herhangi bir yanlış veya sahte bilgi beyanı, yalnızca imzalayan kişinin sorumluluğundadır ve bir yıl hapis ve 15.000 Euro para cezasıyla cezalandırılabilir (Ceza Kanunu'nun 441-7. maddesi).

INFORMATIONS SUR LES VACCINS AŞILAR HAKKINDA BİLGİLER

Çocuğunuzun aşılacağı aşılar güvenlidir, etkilidir ve dünya çapındaki sağlık otoriteleri tarafından tavsiye edilmektedir. Aşılar bazı yan etkilere yol açabilir, ancak bunlar çoğu kişi için hafif olacaktır.

Aşı hakkında daha fazla bilgi almak için ilaç ve Sağlık Ürünleri Ulusal Ajansı'nın (ANSM) web sitesini ziyaret edebilir (www.anism.sante.fr) veya aşağıdaki QR kodu tarayabilirsiniz.



AŞI UYGULAMA SEANSI

Aşı uygulama seansından önce, tıbbi ekip çocuğunuzla konuşacak ve sağlık karnesini kontrol edecektir. Çocuğunuz, güncel olmayan aşılar için bir veya daha fazla aşıyı, özel bir alanda, gizlilik içinde alacaktır. Aşı uygulandıktan sonra, bayılma vakaları nadir olmakla birlikte, çocuğunuz aşı uygulamasından sonra 15 dakika boyunca tıbbi ekibin gözetiminde gözlem altında tutulacaktır.

BİLGİ TEKNOLOJİLERİ VE KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI

Bu aşı kampanyası, kişisel veri işleme işlemlerini içermektedir. Özellikle, aşı izin formları, ARS tarafından görevlendirilen yapı ve aşı merkezleri tarafından, insan papillomavirüsleri (HPV) enfeksiyonlarına karşı ulusal aşı kampanyası ve diğer aşıların eksikliği durumunda yapılacak tamamlamalar için kullanılacaktır. Bu işlemler, yetkili sağlık bölgesinin (ARS) ve çocuğunuzun aşılayacak merkez veya önleyici yapıların ortak sorumluluğundadır.

Çocuğunuzun okulu, yalnızca bu işleme sorumlu olan kişilerin adına doldurduğunuz izin formunu toplamakla yükümlüdür ve daha sonra bu formu aşı merkezi veya yapısına iletacaktır. Bu iletim kapalı bir zarf içinde yapılır ve okullar bu bilgilerin içeriğini bilmezler.

Toplanan veriler yalnızca ARS tarafından belirlenen sağlık yapılarındaki yetkili personel tarafından işlenir. Bu veriler, gerektiğinde araştırma amaçlı saklanabilir. Kişisel verilere erişim, düzeltme, sınırlama ve itiraz hakları, RGPD'nin 15, 16, 18 ve 21. maddelerinde belirtilmiştir ve bu haklar, form toplama işlemiyle ilgili olarak okul yöneticisine başvurarak kullanılabilir. Yöneticiler, kişisel hakların kullanımı ile ilgili talepleri, en kısa sürede ve her türlü yöntemle yetkili aşı merkezi veya yapısına iletacaktır.

Aynı şekilde, 6 Ocak 1978 tarihli, Bilgi Teknolojileri, Dosyalar ve Özgürlükler Kanunu'nun 85. maddesinde belirtilen hakları da kullanabilirsiniz.

Ayrıca, bu formlar, aşı uygulaması sonrası aşı merkezleri ve yapıları tarafından, bir yandan bu aşıların sağlık sigortası tarafından karşılanması için gerekli bilgileri Sosyal Güvenlik Kurumuna (assurance-maladie) göndermek ve diğer yandan, halk sağlığı ve epidemiyolojik gözetim görevleri çerçevesinde, anonimleştirilmiş ve toplu verileri Sağlık Bakanlığı/Fransa Halk Sağlığı Ajansı'na göndermek amacıyla kullanılacaktır.

Bu işlemler hakkında daha fazla bilgi, Sağlık Bakanlığı ve ARS web sitelerinde bulunmaktadır.