

À RENDRE À L'ÉTABLISSEMENT AVANT
AŞAĞIDA BELİRTİLMİŞ OLAN TARİHTEN ÖNCE OKULA VERİLMESİ GEREKEN

AUTORISATION À LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS (HPV)
PAPİLLOMAVİRÜS (HPV) AŞISI İÇİN İZİN FORMU

...../...../ 2023

Nom et Prénom de l'ENFANT :..... Sexe ☐ F ☐ G

ÇOCUĞUN soyadı ve adı:..... **Cinsiyeti** ☐ K ☐ E

N° SÉCURITÉ SOCIALE1 (auquel est rattaché l'enfant):

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

SOSYAL GÜVENLİK NUMARASI 1 (çocuğun bağlı olduğu):

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Régime de sécurité sociale ☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre

Bağlı olduğu diğer sosyal güvenlik kurumu ☐ CPAM ☐ MSA ☐ MGEN ☐ Autre

Bénéficiez-vous de la Complémentaire santé solidaire (C2S) ? Oui ☐ Non ☐

Tamamlayıcı Dayanışma Sağlığından (C2S) yararlanıyor musunuz? Evet ☐ Hayır ☐

Date de naissance de l'enfant :.....

Çocuğun doğum tarihi:.....

Code postal de résidence :

İkametgah adresi posta kodu:

Téléphone(s) portable(s) des parents/responsable légal.....

Ebeveynlerin/velilerin cep telefonu numaraları

Je soussigné(e),

Ben, aşağıda imzası bulunan,

Parent responsable légal 1.....

Yasal vasi ebeveyn 1.....

Parent responsable légal 2.....

Yasal vasi ebeveyn 2.....

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

Aşı merkezine yukarıda adı geçen çocuğu HPV'ye karşı aşılama yetkisi verir.

HPV (Papillomavirus) —2 injections à 6 mois d'intervalle si l'enfant n'est pas vacciné.

Oui ☐ Non ☐

HPV (Papillomavirus)—Eğer çocuk aşılanmamışsa 6 ay arayla 2 enjeksiyon.

Evet ☐ Hayır ☐

HPV (Papillomavirus) — une injection de rappel si l' enfant a déjà reçu une dose de vaccin depuis plus de 6 mois.

Oui ☐ Non ☐

HPV (Papillomavirus) — çocuk zaten 6 aydan uzun bir süredir bir doz aşı almışsa bir takviye aşısı.

Evet ☐ Hayır ☐

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

Aşı seansının yapıldığı gün çocuğun sağlık veya aşı karnesini yanında bulundurması gerekmektedir.

À compléter en cas de signature d'un seul responsable.

Sorumlu olan tek bir kişi tarafından imzalanması halinde doldurulacaktır.

☐ Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné.

☐ Yukarıda belirtilen çocuğun tek yasal vasisi 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 le vaccin coché ci-dessus².

..... isimli çocuğun ikinci yasal vasisi Bay,
Bayan..... 'nı(i)n bu formu imzalamasının fiziksel olarak
mümkün olmadığını ancak yukarıda² bahsi geçen aşı için onay verdiğini şerefim
üzerine beyan ederim.

Date : (Tarih) :

Signature(s) : İmza(lar) :

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

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 pénal)

Varsa, Devlet Tıbbi Yardım Numarasını belirtin (geçici sosyal güvenlik numarası)

Reşit olmayanların aşılınması, her iki ebeveynlik yetkisi sahibinin de iznini gerektirir. Böylece, diğer ebeveyn adına imzanın fiziksel olarak imkansız olması nedeniyle tek bir ebeveynin imzası olması durumunda, imza sahibi, velayet eş sahibinin yetki verdiğini kendi namusu adına taahhüt eder. Hatalı veya tahrif edilmiş olduğu ortaya çıkan herhangi bir beyan veya bilgi, yalnızca onun sorumluluğundadır; ve bir yıl hapis ve 15.000 avro para cezası ile cezalandırılabilir (ceza yasasının 441-7. maddesi)