

## Приложение 1

### Согласие на вакцинацию против вирусов папилломы (ВПЧ)

Вернуть в школу до ...../...../2023

Фамилия и имя ребенка :

Пол :  Ж  М

Номер социального страхования<sup>1</sup> (к которому привязан ребенок) :

Режим социального страхования :  СРАМ  MSA  MGEN  Другой

Есть ли У Вас Дополнительная медицинская страховка солидарности (C2S) ? Да  Нет

Дата рождения ребенка :

Почтовый индекс местожительства :

Номер сотового телефона родителей/ законного представителя :

**Я нижеподписавшийся(-аяся) :**

**Родитель/законный представитель 1 :**

**Родитель/ законный представитель 2 :**

даю согласие центру вакцинации на привитие вышеуказанного ребенка против ВПЧ :

ВПЧ (Вирус папилломы)- 2 инъекции интервалом в 6 месяцев, если ребенок не привит Да  Нет

ВПЧ (Вирус папилломы)- повторная инъекция, если ребенок уже получил одну дозу 6 месяцев назад или больше  
Да  Нет

**Ребенок должен иметь с собой медицинскую книжку или сертификат о прививках в день вакцинации.**

**Заполнить в случае подписания одним законным представителем :**

Заявляю, что я являюсь единственным законным представителем ребенка.

Официально заявляю, что второй законный представитель ребенка : Господин, госпожа.....

.....не может физически подписать этот формуляр, но дал(а) согласие на эту вакцину<sup>2</sup>.

**Дата :**

**Подпись :**

<sup>1</sup> В данном случае указать номер Государственной медицинской помощи (номер временного социального страхования).

<sup>2</sup> Вакцинация несовершеннолетних требует разрешения обоих обладателей родительских прав. Таким образом, в случае если один из родителей физически не может подписаться, то другой должен заверить что он дал свое согласие. Любое заявление или информация являющейся неточной или ложной может повлечь наказание в виде 1г. лишения свободы и штрафа в размере 15 000 евро (статья 441-7 Уголовного кодекса)

