

**AUTORISATION PARENTALE COMPLÉMENTAIRE POUR LES VACCINATIONS CONTRE
LA DIPHTÉRIE, LE TÉTANOS, LA POLIO, LA COQUELUCHE et/ou LA ROUGEOLE, LES OREILLONS ET LA
RUBÉOLE et/ou L'HÉPATITE B**

(Information sur les vaccins et sur la séance de vaccination au verso de cette page)

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance de l'enfant : ____ / ____ / ____ Sexe : F G

Code postal de résidence : ____

Nom du collège : _____ Commune du collège : _____

	Parent / Responsable légal 1	Parent / Responsable légal 2
Nom - Prénom		
Téléphone portable		
Numéro de sécurité sociale¹	_____	_____
Régime de sécurité sociale	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> 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.

Je soussigné(e), _____

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) :

Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos, la Polio, et la Coqueluche _____ Oui Non

Vaccin contre la Rougeole, les Oreillons, et la Rubéole _____ Oui Non

Vaccin contre l'Hépatite B _____ Oui Non

À noter que plusieurs vaccins peuvent être administrés aux enfants au cours d'une même séance. 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 (cochées « Oui » ci-dessus).

N'autorise pas le centre de vaccination à vacciner l'enfant ci-dessus désigné pour le ou les vaccinations recommandées pour mon enfant.

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 légal² :

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 les vaccins cochés ci-dessus.

Date : ____ / ____ / ____

Signature du seul parent/responsable légal 1 :

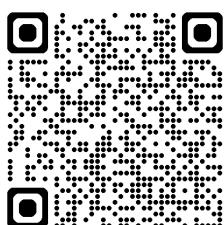
¹ Le cas échéant, indiquer le numéro Aide médicale de l'État (numéro de sécurité sociale temporaire).

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'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 LES VACCINS

Les vaccins avec lesquels votre enfant sera vacciné sont sûrs, efficaces et recommandés par les autorités sanitaires. Les vaccins peuvent provoquer certains effets secondaires et bénins pour la grande majorité.

Vous trouverez plus d'information sur les vaccins 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 ou de vaccination. Votre enfant bénéficiera, ensuite, d'une injection du ou des vaccins pour lesquels il n'est pas à jour, dans un espace confidentiel. Après l'injection, un malaise ou évanouissement, lié à une inquiétude ou une anxiété sur cette vaccination, peut s'observer. Aussi, bien que les cas de malaises ou d'évanouissements 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 INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

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.