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
Nom du collège : _____ Commune du collège : _____

	Parent / Responsable légal 1	Parent / Responsable légal 2
Nom - Prénom		
Téléphone portable		
Numéro de sécurité sociale [1]	⌴ ⌴⌴ ⌴⌴ ⌴⌴ ⌴⌴⌴ ⌴⌴⌴ ⌴⌴	⌴ ⌴⌴ ⌴⌴ ⌴⌴ ⌴⌴⌴ ⌴⌴⌴ ⌴⌴
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.		

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.

SignatureParent/Responsablelégal1 : Signature Parent/Responsablelégal2 :

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 la vaccination contre les HPV et /ou contre les méningocoques ACWY2

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).*

[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).*