AUTORISATION À LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS (HPV)

Nom et Prénom de l'ENFANT : _____ Sexe : □ F □ G

N° SÉCURITÉ SOCIALE[1] (auquel est rattaché l'enfant) : ⊔ ⊔⊔ ⊔⊔ ⊔⊔ ⊔⊔⊔⊔ ⊔⊔⊔⊔ ⊔⊔

Régime de sécurité sociale : □ CPAM □ MSA □ MGEN □ Autre : _____

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

Date de naissance de l'enfant : _____ / _____ / _____

Code postal de résidence : ⊔⊔ ⊔⊔⊔

Téléphone(s) portable(s) des parents/responsable légal : _____

Je soussigné(e),

Parent/responsable légal 1 : _____

Parent/responsable légal 2 : _____

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

HPV (Papillomavirus) – 2 injections à 6 mois d'intervalle si l'enfant n'est pas vacciné----- Oui □ Non □

HPV (Papillomavirus) – une injection de rappel si l'enfant a déjà reçu une dose de vaccin depuis plus de 6 mois ---------- Oui □ Non □

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

<u>À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal :</u>

□ 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 : M., Mme_____, est matériellement empêché de signer le présent formulaire mais a donné son autorisation pour le vaccin coché ci-dessus[2].

Date : Signature(s) :

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