



## AUTORISATION A LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19

**A DEPOSER SOUS ENVELOPPE A L'INFIRMERIE OU A ENVOYER PAR MAIL A : [infirmieriat@ac-orleans-tours.fr](mailto:infirmieriat@ac-orleans-tours.fr)**

Je soussigné(e),

Parent 1 : \_\_\_\_\_

Parent 2 (*facultatif*) : \_\_\_\_\_

certifiant agir en qualité de parent exerçant l'autorité parentale / tuteur légal <sup>1</sup>

Elève (*uniquement pour les élèves âgés de 16 ans et plus*) : \_\_\_\_\_

autorise le Centre de vaccination de Vineuil (Loir et Cher)

à vacciner mon enfant contre la Covid-19 / à me vacciner <sup>2</sup>  Oui  Non

- à effectuer un test rapide d'orientation diagnostique sérologique (TROD) <sup>3</sup>  Oui  Non

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature(s)

<sup>1</sup> Veuillez rayer les mentions inutiles

<sup>2</sup> Par dérogation à l'art. 371-1 du code civil, la vaccination contre la Covid-19 peut être pratiquée à sa demande sur le mineur de 16 ans et plus.

<sup>3</sup> Un test rapide d'orientation diagnostique sérologique (TROD) pourra être proposé. Ce test, réalisé à partir d'une goutte de sang prélevée au bout du doigt, permet de déterminer si l'élève a déjà été infecté par la Covid-19. Si le test est positif, l'élève n'aura besoin que d'une seule injection pour compléter son schéma vaccinal.

# QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Numéro de sécurité sociale<sup>4</sup> : .....

Numéro de portable de l'assuré social : .....

Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif au cours des trois derniers mois ?  Oui  Non

Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?  Oui  Non

Avez-vous reçu un vaccin au cours des dernières trois semaines ?  Oui  Non  
Si oui lequel : .....

Avez-vous des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité à certaines substances ou avec d'autres vaccins ?  Oui  Non

Présentez-vous des troubles de la coagulation (en particulier une baisse des plaquettes ou traitement anticoagulant) ?  Oui  Non

Avez-vous fait un syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) à la suite d'une infection par le SARS-Cov-2 ou d'une première injection ?  Oui  Non

Etes-vous enceinte ?  Oui  Non

Allaitez-vous ?  Oui  Non

**Réservé au médecin**

Date : ...../...../.....

Signature du médecin :

<sup>4</sup> Le même numéro de sécurité sociale doit être utilisé pour les deux injections.

## Mentions d'information informatiques et libertés :

*Dans le cadre de ce dispositif, deux traitements de données dont vous trouverez les caractéristiques ci-dessous, sont mis en œuvre.*

1. Les données strictement nécessaires à l'organisation de la vaccination dans le cadre scolaire (nom, prénom et classe de l'élève, autorisation de ses responsables légaux (O/N)) font l'objet d'un traitement mis en œuvre sous la responsabilité ministre en charge de l'éducation nationale pour l'exécution d'une mission d'intérêt public au sens du e) de l'article 6 du règlement général sur la protection des données (RGPD) et à des fins statistiques de suivi de la vaccination dans le cadre scolaire.

Sont destinataires de ces données le chef d'établissement et les personnes habilitées par ce dernier ainsi que les responsables des équipes mobiles de vaccination mises en place sous l'égide des agences régionales de santé.

Ces données sont conservées au sein de l'établissement jusqu'à la fin de la campagne de vaccination dans l'établissement et en tout état de cause avant l'année scolaire en cours (elles seront supprimées au plus tard le 7 juillet 2022).

Les droits d'accès, de rectification, de limitation et d'opposition, prévus par les articles 15, 16, 18 et 21 du RGPD s'exercent auprès du chef d'établissement.

2. L'ensemble des données collectées par le biais de l'autorisation à la vaccination et du questionnaire de santé sont transmises aux équipes mobiles de vaccination ou aux centres de vaccination qui en assurent la conservation, dans des conditions propres à en garantir la confidentialité, jusqu'à extinction des délais de recours.

Ces données sont enregistrées dans le système d'information national dénommé Vaccin-covid, mis en œuvre par la Caisse nationale d'assurance maladie et la Direction générale de la santé du ministère chargé des solidarités et de la santé, conformément aux dispositions du décret n° 2020-1690 du 25 décembre 2020 autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel relatif aux vaccinations contre la covid-19, qui précise notamment les destinataires des données.

Ce traitement d'intérêt public est nécessaire à l'organisation, la traçabilité et le suivi de la vaccination. Ses finalités sont précisées par le décret déjà mentionné.

Pour plus d'information sur ce traitement et vos droits sur les données de votre enfant et sur les vôtres: consultez le site du ministère des solidarités et de la santé (<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>).

Pour exercer ces droits (accès, rectification, limitation, voire opposition), nous vous invitons à adresser une demande écrite soit au directeur de l'organisme de rattachement (caisse primaire d'assurance maladie CPAM) ou de son délégué à la protection des données, soit sur l'espace prévu à cet effet du compte ameli de la personne.

Les données sont conservées pendant 10 ans pour assurer l'ensemble des obligations liées à la traçabilité de la vaccination.

Les données nécessaires à l'information et l'orientation des personnes vaccinées en cas d'apparition d'un risque nouveau lié au vaccin sont conservées pendant 30 ans dans une base dédiée.