



نموذج طلب موافقة على إعطاء التطعيمات المدرسية - الصف الأول

أسم الطالب/ الطالبة.....

رقم الهوية الإماراتية:.....

في إطار التحصين ضد الأمراض المعدية ووفق *القانون الاتحادي لوزارة الصحة ووقاية المجتمع رقم (14) لعام 2014 سيقوم برنامج الصحة المدرسية في وزارة الصحة ووقاية المجتمع بإعطاء اللقاحات التالية ضمن جدول البرنامج الوطني للتحصين كإجراء وقائهم بالنسبة لكل الطلاب والطالبات في الصف الأول حيث ستعطى اللقاحات على الشكل التالي:

Grade الصف	Administration route طريقة إعطاء اللقاح	Vaccine التطعيم
Grade 1 الأول الابتدائي	Injection حقنة	Second dose of Measles, Mumps, Rubella (MMR) الجرعة الثانية من لقاح الحصبة، الحصبة الألمانية، النكاف
	Injection حقنة	Diphtheria, Tetanus, a cellular Pertussis & IPV (Combined DTaP, IPV) اللقاح المركب ويحتوي: الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي مع شلل الأطفال المعطل
	2Drops/Mouth نقطتين بالفم	Polio (OPV) شلل الأطفال الفموي
	Injection حقنة	Second dose of Varicella Vaccine الجرعة الثانية من لقاح تطعيم الجدري المائي

أوافق على إعطاء إبني / إبنتي التطعيمات المذكورة.

لا أوافق على إعطاء إبني / إبنتي التطعيم نظراً لـ:

إبني / إبنتي قد تم تطعيمها بالجرعة المنشطة المشار إليها أعلاه

يرجى إرسال ما يثبت ذلك إلى العيادة المدرسية)

لوجود موانع طبية للتطعيم

(يرجى إرسال تقرير طبي معتمد إلى العيادة المدرسية)

سبب آخر اذكره:.....

*ملحوظة مهمة:- بحالة اختيار رفض أخذ التطعيم يرجى الحرص على التواصل مع ممرض/ ممرضة المدرسة وتقديم تقرير معتمد يثبت السبب الطبي للرفض.

أسم ولي الأمر:..... صلة القرابة:.....

رقم الهاتف الجوال:.....

التوقيع:..... التاريخ:.....

في حال وجود أي إستفسار الرجاء التواصل مع ممرض/ة المدرسة.

*القانون الاتحادي لوزارة الصحة ووقاية المجتمع رقم (14) لعام 2014 في شأن مكافحة الأمراض السارية بالفصل الثالث تحت المادة رقم (21 و 24) والتي تنص على:

– "يجب على ولي الطفل أو من يقوم بكفالته تقديمه لمراكز التحصين لتلقى جرعات التحصين اللازمة وفقاً لبرنامج التحصين المقرر"

– "يستثنى من التحصين والإجراءات الوقائية أي شخص لا تسمح حالته الصحية بإجراء التحصين أو غيره من الإجراءات الوقائية النوعية، وفقاً لما يقرره الطبيب المختص".