



15 September 2025
007/Par/25

التاريخ: 15 سبتمبر 2025
المرجع: 007/ أولياء / 2025

Dear Grade 11 Parents,

أولياء أمور/ طلاب الصف الحادي عشر الكرام،

School Health has informed us that the Diphtheria, Tetanus, cellular Pertussis & IPV(DTAP) and Meningitis vaccine for Grade 11 students is available. If you would like your child to be vaccinated please complete this form. Also, if you **DO NOT** require the vaccination please complete below. This form must be emailed to Ms Mitzi the School Nurse on administrator@fpa.sch.ae by Thursday 18th September.

تم إعلامنا من قبل الصحة المدرسية بتوفر تطعيمات اللقاح الثلاثي اللاخلوي للوقاية من الخناق، الشاهوق والكزاز، بالإضافة إلى لقاح التهاب السحائي لطلاب الصف الحادي عشر. إذا رغبتكم بتلقي أبنائكم اللقاح المذكور؛ يرجى استكمال النموذج أدناه، كذلك في حالة عدم رغبتكم يرجى تحديد ذلك كتابيًا أدناه، يرجى إرسال النموذج المستكمل إلى السيدة/ ميري ممرضة المدرسة في موعد أقصاه يوم الخميس 18 سبتمبر على البريد الإلكتروني: administrator@fpa.sch.ae


Please telephone Ms Hanan on 09-2224001 ext 6 if you have any questions.

للمزيد من الاستفسار يرجى الاتصال بالسيدة/ حنان على رقم: 092224001 تحويلة: 6.

Thanking you for your assistance.

نشكر لسيادتكم حسن تعاونكم الدائم معنا.

Yours sincerely,


Jan Brettingham Ms
Principal



وشكراً،
جان برتنجهم
المديرة

Name of the child: _____

اسم الطالب: _____

Class : _____

الصف: _____

Delete as required:

يرجى تحديد المطلوب:

I require the school to give the DTAP and Meningitis vaccination.

- أرغب أن تقوم المدرسة بتطعيم ابني/ ابنتي اللقاح الثلاثي اللاخلوي للوقاية من الخناق، الشاهوق والكزاز ، التهاب السحائي

I **DO NOT** require the school to give the DTAP and Meningitis vaccination.

- لا أرغب أن تقوم المدرسة بتطعيم ابني/ ابنتي اللقاح الثلاثي اللاخلوي للوقاية من الخناق والشاهوق والكزاز ، التهاب السحائي

Signed: _____

التوقيع: _____

Relationship to child: _____

صلة القرابة للطالب: _____

Immunization Consent Form for Grade 11

Student's Name		
Emirate's Identification Number		
The School Health Program provides important vaccines to prevent diseases that can be prevented under Ministerial Decree No.14. for students studying in grade 11 .		
Select	Vaccine	Administration Route
<input type="checkbox"/>	Conjugate Meningococcal Vaccine	Injection
<input type="checkbox"/>	Tdap (Tetanus, Diphtheria, Pertussis) Vaccine	Injection
<input type="checkbox"/> Yes, I agree to vaccinate my child.		
If you choose not to vaccinate your child please tick (v) the related reason:		
<input type="checkbox"/> I disagree because my child has been vaccinated <u>before</u> with one of above-mentioned doses as per protocol. (Please send an official prove for that)		
<input type="checkbox"/> My child has a medical condition which prevents him / her from taking the vaccine now. (Please send an AUTHENTICATED report explaining the medical condition to the school nurse)		
<input type="checkbox"/> My child is allergic to yeast		
<input type="checkbox"/> Other reason, please specify:		
Parent's /Guardian's Name:		
Relationship:		
Mobile phone Number:		
Alternate Phone Number:		
Signature:		
Date:		

This form is valid for 1 year from signature date

For further inquiries, please contact the school nurse.

DG/ Admin /104/003

نموذج طلب موافقة على إعطاء التطعيمات المدرسية -الصف الحادي عشر

اسم الطالب / الطالبة	
رقم الهوية الإماراتية	
يوفر برنامج الصحة المدرسية لقاحات مهمة للوقاية من الأمراض التي يمكن الوقاية منها بموجب القرار الوزاري رقم 14. للطلاب والطالبات الذين يدرسون في الصف الحادي عشر. حيث ستعطى اللقاحات على الشكل التالي:	
Administration route طريقة إعطاء اللقاح	Vaccine التطعيم
Select اختار	
Injection حقنة	Conjugate Meningococcal Vaccine لقاح الحمى الشوكية المقترن
Injection حقنة	Tdap (Tetanus, Diphtheria, Pertussis) Vaccine اللقاح الثلاثي اللاخلوي
<input type="checkbox"/> نعم، أوافق على تطعيم طفلي. <input type="checkbox"/> إذا اخترت عدم تطعيم طفلك، فيرجى وضع علامة (v) على السبب ذي الصلة: <input type="checkbox"/> لأن طفلي قد تم تطعيمه من قبل بإحدى الجرعات المذكورة أعلاه وفقاً للبروتوكول. (يرجى إرسال ما يثبت ذلك إلى عيادة المدرسة) <input type="checkbox"/> طفلي يعاني من حالة طبية تمنعه من أخذ اللقاح الآن. (يرجى إرسال تقرير طبي معتمد إلى عيادة المدرسة) <input type="checkbox"/> طفلي لديه حساسية من الخميرة <input type="checkbox"/> سبب آخر اذكره:	
اسم ولي الأمر:	
صلة القرابة:	
رقم الهاتف الجوال:	
رقم الهاتف البديل:	
التوقيع:	
التاريخ:	

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

استبيان ما قبل جرعة التطعيم

Pre-vaccination Questionnaire

Student Name:	اسم الطالب/ة:
Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Date of birth:	الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> انثى تاريخ الميلاد:
School NameClass/section:	المدرسة:الصف/ الشعبة
Telephone No.: Mobile Home	رقم الهاتف: موبايل منزل:

للتأكد من إعطاء التطعيم بشكل آمن، يقوم ممرض/ة المدرسة بطلب معلومات عن ابنك/ ابنتك، يرجى تعبئة هذا النموذج قبل إعطاء التطعيم.
سيتم توزيع استبيان التطعيم في بداية العام الدراسي. يرجى إبلاغ ممرض/ة المدرسة عن أي تغيير في صحة الطالب/ة خلال العام الدراسي الحالي للطالب/ة مما قد يؤثر على إعطاء جرعة التطعيم.

To administer the vaccine safely to your child, the school nurse would some information about your son / daughter. Kindly fill this form before we give the vaccination to your child. We will distribute this form at the beginning of the academic year. Please inform the school nurse about any changes in your child's health during this academic year/ which might affect giving your child the vaccination dose.

الرقم No.	البند Article / Item	نعم Yes	لا No
1.	هل لدى الطالب/ة حساسية من أي نوع من الأدوية، الأطعمة، التطعيم او حساسية من أي شيء آخر؟ اذكرها Has the student ever experienced any drugs sensitivity, food allergy, reaction to vaccines, or any other sensitivity? Please mention it if any.....		
2.	هل تعرض الطالب/ة سابقاً لأي حساسية او مضاعفات بعد التطعيم؟ إذا كانت الاجابة نعم يرجى ذكر المضاعفات Has the student ever Experienced any sensitivity, or complications post vaccination? If the answer is yes please mentioning such complications.....		
3.	هل تعرض الطالب/ة لتشنجات أو مشاكل في الدماغ (الجهاز العصبي) Has the student ever suffered from any convulsions or any brain problems (neurological diseases)?		
4.	هل يعاني الطالب/ة أو أحد أفراد العائلة من اي حالة قد تضعف الجهاز المناعي للطالب مثل سرطان الدم، سرطان الغدد الليمفاوية، زراعة الاعضاء، الخ؟ Does the student or any family member suffer from any health conditions that depress the immunity like leukemia, lymphoma, organ transplantation, etc.		
5.	هل تناول الطالب/ة أي دواء يحتوي على الكورتيزون، أدوية السرطان أو العلاج الكيماوي في الثلاث شهور السابقة؟ Did the student receive any medications containing steroids, cancer medications, or chemotherapy within the last three months?		

6.	هل تعرض الطالب/ الطالبة لنقل دم او اجسام مضادة او بلازما خلال العام السابق؟ إذا كانت الاجابة نعم اذكر التاريخ Did the students receive any blood transfusion or antibodies or plasma within the last year? If yes please mention the date:		
7.	هل يعاني الطالب/ الطالبة من اية أمراض او اي ادوي لمنع تجلط الدم؟ وضع Does the student suffer from any disease or receive any medications that affect coagulation? Please explain:		
8.	هل تم اعطاء الطالب/ة اي تطعيمات خلال الشهر السابق؟ إذا كانت الاجابة نعم اذكر اسم التطعيم وتاريخه: Did the student receive any vaccination during the last month? If yes please mention the name & the date of the vaccine received		

Do you want to inform us about any other thing?	ملاحظات هامة تود ذكرها:
---	---

Notes: <ul style="list-style-type: none"> Please send a preschool vaccination card copy to the school nurse. Please send a copy of any medical report related to the student's health which might affect the vaccination. Please inform the school nurse or the school administration about any changes in the child's health that might affect the next vaccination dose. 	ملاحظات: يرجى ارسال صورة عن بطاقة التطعيم (ما قبل دخول المدرسة) يرجى ارسال صورة عن أي تقارير طبية تتعلق بالطالب/ الطالبة وتتعارض مع التطعيم المقرر اعطاؤه. يرجى ابلاغ ممرض/ة المدرسة بأية تغيرات على ما ذكر أعلاه قد تطرأ على صحة ابنكم/ابنتكم بين جرعات التطعيم.
--	---

Parent's name: Parent's Signature: Date:	اسم ولي الامر: توقيع ولي الامر: التاريخ:
--	--

For any inquiries: please communicate with the school nurse

للاستفسار: يرجى التواصل مع ممرض/ ممرضة المدرسة

Primary Health Care Department - School Health Section

EHS/ND/School Health Model/Pre-vaccination History Questionnaire/First Version: 2018/Last Revised: December 2022/Current Version No: 2/ Next Revision: December 2025