



15 September 2025
005/Par /25

Dear Grade 1 Parents,

We are informing you that School Health intend giving children the following injections at one time as follows:

**Second dose of Varicella Vaccine
Combined Diphtheria, Tetanus, Pertussis & IPV,
Oral Polio
MMR if not taken at 18 months old**

If you consent to the above being given on one visit then sign the consent form below. Also if you **DO NOT** require the vaccination please complete below. The consent form should be sent to admin@fpa.sch.ae or administrator@fpa.sch.ae
No later than Thursday 18th September.

We will then inform you of the dates when the Ministry of Health make these available to us. Please note a family member/nanny will be expected to accompany the child for these vaccinations.

Any questions on this matter please call Ms Hanan on 2224001 ext. 6 or in English to the School Nurse

Yours sincerely,

Jan Brettingham Ms
Principal

NAME OF STUDENT: _____

CLASS: _____

Please delete as necessary:

I require the school to give the Second dose of Varicella Vaccine

I **do not** require the school to give the Second dose of Varicella Vaccine

I require my child to be given the Diphtheria, Tetanus and Pertussis & IPV vaccinations and oral polio vaccine.

I **do not** require my child to be given the Diphtheria, Tetanus and Pertussis & IPV vaccinations and oral polio vaccine.

I require the school to give the MMR vaccinations

I **do not** require the MMR vaccination

My child has already been vaccinated against MMR. Please attach copy of record of this.

PARENT NAME: _____



التاريخ: 15 سبتمبر 2025

المرجع: 005/أولياء/ 2025

السادة/ أولياء أمور الصف الأول الكرام،

نود إفادتكم بأن الصحة المدرسية قد أخطرتنا أنه سيتم تطعيم أطفال هذه المرحلة العمرية اللقاحات التالية مرة واحدة على النحو التالي:

- الجرعة الثانية من لقاح الجدري المائي
- لقاح الدفتريا، التيتانوس، السعال الديكي، شلل الأطفال
- شلل الأطفال "النقط القمية"
- تطعيم MMR (النكاف، الحصبة، الحصبة الألمانية) في حالة إذا لم يكن الطفل قد تلقى هذا التطعيم في عمر 18 شهرًا.

في حال موافقتكم على إعطاء الطفل التطعيمات المذكورة أعلاه خلال مرة واحدة في نفس الوقت، يُرجى التوقيع أدناه، كذلك في حال عدم موافقتكم على التطعيمات المذكورة يُرجى تعبئة النموذج أدناه، يُرجى إرسال النموذج المستكمل الذي يوضح رغبتكم أو عدم رغبتكم إلى أحد البريد الإلكترونيين التاليين: admin@fpa.sch.ae أو administrator@fpa.sch.ae

في موعد أقصاه يوم الخميس الموافق 18 سبتمبر.

سيتم إخطاركم بموعد التطعيمات حينما تتوفر لدى إدارة الصحة المدرسية، يُرجى ملاحظة أنه يجب أن يصطحب الطفل أحد أفراد الأسرة البالغين أو المربية وقت التطعيم.

إذا رغبتكم بالمزيد من الاستفسار يُرجى الاتصال بالسيدة/ حنان بمكتب المدرسة على رقم: 092224001، تحويلة: 6 أو ممرضة المدرسة في حالة التحدث باللغة الإنجليزية.

و شكرًا،

جان برتنجهم

المديرة

اسم الطالب: _____

الصف: _____

يُرجى تحديد الاختيار المطلوب:

- أرغب أن تقوم المدرسة بإعطاء ابني/ ابنتي الجرعة الثانية من لقاح الجدري المائي
- لا أرغب أن تقوم المدرسة بإعطاء ابني/ ابنتي الجرعة الثانية من لقاح الجدري المائي
- أرغب إعطاء ابني/ ابنتي لقاح الدفتريا، التيتانوس، السعال الديكي، شلل الأطفال وشلل الأطفال الجرعة القمية.
- لا أرغب في إعطاء ابني/ ابنتي لقاح الدفتريا، التيتانوس، السعال الديكي، شلل الأطفال وشلل الأطفال الجرعة القمية.
- أرغب أن تقوم المدرسة بإعطاء ابني/ ابنتي لقاح MMR
- لا أرغب أن تقوم المدرسة بإعطاء ابني/ ابنتي لقاح MMR
- لقد حصل ابني/ ابنتي سابقًا بالفعل على لقاح MMR، يُرجى إرفاق صورة من بطاقة التطعيم التي تفيد ذلك.

اسم الأب/ ولي الأمر: _____

التوقيع: _____

Immunization Consent Form for Grade 1

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 1 .		
Select	Vaccine	Administration Route
☐	Second dose of Measles, Mumps, Rubella (MMR)	Injection
☐	Combined: Diphtheria, Tetanus, a cellular Pertussis & IPV (DTaP, IPV)	Injection
☐	Oral Polio Vaccine (OPV)	Oral
☐	Second dose of Varicella Vaccine	Injection
☐ Yes, I agree to vaccinate my child. If you choose not to vaccinate your child please tick (✓) the related reason: ☐ My child has a medical condition which prevents him / her from taking the vaccine now. <i>(Please send an AUTHENTICATED report explaining the medical condition to the school nurse)</i> ☐ 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) ☐ Other reason, please specify		
* Important note: If you choose not to vaccinate your child, please ensure to communicate with the school nurse and Provide the required documentations (medical report in case of medical reason).		
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/104/001

نموذج طلب موافقة على إعطاء التطعيمات المدرسية - الصف الأول

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 الذين يدرسون في الصف الأول. حيث ستعطى اللقاحات على الشكل التالي:	
Administration route طريقة إعطاء اللقاح	Vaccine التطعيم
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 وشلل الأطفال المعطل
Oral بالفم	Oral Polio Vaccine (OPV) شلل الأطفال الفموي
Injection حقنة	Second dose of Varicella Vaccine الجرعة الثانية من لقاح تطعيم الجدري المائي
☐ نعم، أوافق على تطعيم طفلي. ☐ إذا اخترت عدم تطعيم طفلك، فيرجى وضع علامة (V) على السبب ذي الصلة: ☐ لأن طفلي قد تم تطعيمه من قبل بإحدى الجرعات المذكورة أعلاه وفقاً للبروتوكول (يرجى إرسال ما يثبت ذلك إلى عيادة المدرسة) ☐ طفلي يعاني من حالة طبية تمنعه من أخذ اللقاح الآن (يرجى إرسال تقرير طبي معتمد إلى عيادة المدرسة) ☐ 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.

هذا النموذج فعال لسنة من تاريخه

استبيان ما قبل جرعة التطعيم

Pre-vaccination Questionnaire

Student Name:	اسم الطالب / ة:
Gender: ☐ Male ☐ Female	الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى
Date of birth:	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 أو 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 أو مضاعفات بعد التطعيم؟ إذا كانت الإجابة 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 أي حالة قد تضعف الجهاز المناعي للطالب مثل سرطان الدم، سرطان الغدد الليمفاوية، زراعة الأعضاء، 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 الكيميائي 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 امراض او اي ادوي لمنع تجلط الدم؟ وضح		
	Does the student suffer from any disease or receive any medications that affect coagulation? Please explain:		
8.	هل تم اعطاء الطالب/ اة 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: - 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:	اسم ولي الامر:
Parent's Signature:	توقيع ولي الامر:
Date:	التاريخ:

For any inquiries: please communicate with the school nurse

للاستفسار: يرجى التواصل مع ممرض/ ممرضة المدرسة