EHS | مؤسسة الإمارات للخدمات الصحية
Emirates Health Services

DG/Admin/104/001

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.
(Please send an AUTHENTICATED report explaining the medical condition to the school nurse)

☐ 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.

EHS | Emirates Health Services
United Arab Emirates

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	Select اختار
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 الجديري المائي	☐

☐ نعم، أوافق على تطعيم طفلي.

☐ إذا اخترت عدم تطعيم طفلك، فيرجى وضع علامة (√) على السبب ذي الصلة:

☐ لأن طفلي قد تم تطعيمه من قبل بإحدى الجرعات المذكورة أعلاه وفقًا 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 أخر 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 لسنه من تاريخه