EHS | مؤسسة الإمارات للخدمات الصحية
Emirates Health Services

DG/ Admin /104/003

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
☐	Conjugate Meningococcal Vaccine	Injection
☐	Tdap (Tetanus, Diphtheria, Pertussis) Vaccine	Injection

☐ Yes, I agree to vaccinate my child.

If you choose not to vaccinate your child please tick (√) the related reason:

☐ I disagree because my child has been vaccinated before with one of above-mentioned doses as per protocol. *(Please send an official prove for that)*

☐ 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)

☐ My child is allergic to yeast

☐ 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.

EHS | Emirates Health Services
United Arab Emirates

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:

Select اختار	Vaccine التطعيم	Administration route طريقة إعطاء اللقاح
☐	Conjugate Meningococcal Vaccine لقاح الحمى الشوكية المقترن	Injection حقنة
☐	Tdap (Tetanus, Diphtheria, Pertussis) Vaccine اللقاح الثلاثي اللاخلوي	Injection حقنة

☐ **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)

☐ **طفلي لديه حساسية من الخميرة**

☐ **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.