مؤسسة الإمارات للخدمات الصحية
Emirates Health Services

DG/ Admin /104/002

Immunization Consent Form for Grade 8

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 8.

Select	Vaccine	Administration Route
☐	HPV9 (Human Papilloma virus - 2 doses) for less than 15 years old (0,6 months)	Injection
☐	HPV9 (Human Papilloma virus - 3 doses) for 15 years and above (0,1,6 months)	Injection
☐	HPV9 (Human Papilloma virus) defaulter	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 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*)

☐ **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.

DG/ Admin /104/002

نموذج طلب موافقة على إعطاء التطعيمات المدرسية -الصف الثامن

الاسم	
رقم الهوية الإماراتية	

يوفر برنامج الصحة المدرسية لقاحات مهمة للوقاية من الأمراض التي يمكن الوقاية منها بموجب القرار الوزاري رقم 14 للطلبة الذين يدرسون في الصف الثامن. حيث ستعطى اللقاحات على الشكل التالي:

Administration route طريقة إعطاء اللقاح	Vaccine التطعيم	Select اختار
Injection حقنة	HPV9 (Human Papilloma virus - 2 doses) for less than 15 years old (0,6 months) لقاح فيروس الورم الحليمي البشري- جرعتين إذا كان العمر اقل من 15سنه (0,6 شهور)	☐
Injection حقنة	HPV9 (Human Papilloma virus - 3 doses) for 15 years old and above (0,1,6 months) لقاح فيروس الورم الحليمي البشري- ثلاثة جرعات إذا كان العمر 15 سنه وأكثر (0,1,6 شهور)	☐
Injection حقنة	HPV9 (Human Papilloma virus) defaulter لقاح فيروس الورم الحليمي البشري المتخلفين عن اخذ الجرع اللازمة من المطعوم	☐

☐ 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 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.