



إشعار بالاستبعاد من المدرسة لعدم اكتمال سجل اللقاحات

اسم الطفل(ة): _____ التاريخ (YYYY/MM/DD): _____

رقم التعريف المدرسي التلميذ (OSIS): _____ رقم تعريف المدرسة (DBN): _____ صف الفصل: _____

السيد(ة) الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر:

ابتداءً من ____/____/____ (YYYY/MM/DD) لا يمكن لطفلك الذهاب إلى المدرسة بسبب فقدان دليل لقاح واحد أو أكثر مطلوب للمدرسة (تم التحقق منه في الجدول التالي). بموجب القسم 2164 من قانون الصحة العامة، يحظر على مدير طفلك السماح لطفلك بالبقاء في المدرسة ما لم تقدم سجلات حصول طفلك على التطعيمات أو دليلاً على مناعته.

أظهر هذا الخطاب لمقدم الرعاية الصحية لطفلك للتأكد من حصوله على أي لقاحات مفقودة. إذا كان طفلك قد تلقى بالفعل اللقاحات أو لديه سجلات مناعة، فقم بتسليم السجلات إلى مدير مدرستك. اللقاحات التي تُعطى قبل السن الأدنى (مبكرًا جدًا) لا تُحتسب. لن تقبل تواريخ بديلة للتطعيم. اتصل بالرقم 311 للأسئلة حول التطعيمات أو المساعدة في العثور على مقدم رعاية صحية.

ملاحظات مقدم(ة) الرعاية الصحية*	عدد الجرعات المطلوبة	اللقاحات (تم فحص اللقاحات المفقودة)
(DTaP) مخصص للأطفال الذين تقل أعمارهم عن 7 سنوات. (Td) مخصص للأطفال بعمر 7 سنوات أو أكثر.	3 ___ 2 ___ 1 ___ 5 ___ 4 ___	_____ الدفتيريا، والتيتانوس، والسعال الديكي (DTaP أو DTP)، أو الكزاز و الدفتيريا (Td)
جرعات لقاح (Tdap) (أو DTaP) التي أعطيت في سن 10 سنوات أو أكثر هي فقط التي تفي بمتطلبات الصفوف 6 و9؛ والجرعات التي أعطيت في سن 7 سنوات أو أكثر تفي بمتطلبات الصفوف 10 إلى 12.	1 ___	_____ الكزاز والدفتيريا و السعال الديكي غير الخلوي (Tdap)
لا يُقبل تحليل الدم الذي يُظهر المناعة ضد جميع الأنماط المصلية الثلاثة لشلل الأطفال إلا إذا تم إجراؤه قبل سبتمبر / أيلول، 2019.	2 ___ 1 ___ 4 ___ 3 ___	_____ لقاح شلل الأطفال (IPV أو OPV)
يتم قبول تحليل الدم الذي يظهر المناعة.	2 ___ 1 ___	_____ الحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية (MMR)
يتم قبول تحليل الدم الذي يظهر الحصانة.	3 ___ 2 ___ 1 ___	_____ التهاب الكبد ب
يتم قبول تحليل الدم الذي يظهر المناعة أو مستندات تفيد الإصابة بالمرض من قبل.	2 ___ 1 ___	_____ الحماق (الجدري المائي)
جرعات لقاح المكورات السحائية المتقارنة (MenACWY) التي أعطيت في سن 10 سنوات أو أكثر هي فقط التي تفي بمتطلبات الصفوف 7 و10؛ والجرعات التي أعطيت قبل سن 10 سنوات تفي بمتطلبات الصفوف 11 إلى 12.	2 ___ 1 ___	_____ المكورات السحائية المتقارنة (MenACWY)
برنامج رعاية الأطفال، أو برنامج (Head Start)، أو الحضانة، أو برنامج (3K)، أو صف ما قبل الروضة	2 ___ 1 ___ 4 ___ 3 ___	_____ لقاح المستديمة النزلية من النوع ب (Hib).
برنامج رعاية الأطفال، أو برنامج (Head Start)، أو الحضانة، أو برنامج (3K)، أو صف ما قبل الروضة	2 ___ 1 ___ 4 ___ 3 ___	_____ لقاح المكورات الرئوية (PCV)
برنامج رعاية الأطفال، أو برنامج (Head Start)، أو الحضانة، أو برنامج (3K)، أو صف ما قبل الروضة	1 ___	_____ الانفلونزا (الزكام)

*For health care providers: To view school immunization requirements, visit schools.nyc.gov and search for immunizations (see the Information for Providers section).

اسم مدير(ة) المدرسة: _____

هاتف المدرسة: _____