

**ԱՆՅՈՒՄՆԵՐԻ ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄԵՐԻ ՄԱՍԻՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ**

Հետևյալ անձի հարգելի ծնող/խնամակալ՝ \_\_\_\_\_

Մեր գրառումները ցույց են տալիս, որ Ձեր երեխային անհրաժեշտ է ստանալ հետևյալ պատվաստում(ներ)ը (սրսկումներ)՝ Կալիֆորնիայի Դպրոցներում պատվաստումների մասին օրենքի, Առողջության և անվտանգության օրենսգրքի Բաժիններ 120325-120375 պահանջներին համապատասխանելու համար:

<b>ՊԱՏՎԱՍՏԱՆՅՈՒԹ</b>	<b>ՉՍԱՑՎԱԾ ԴԵՂԱՉԱՓ(ԵՐ)Ը ՆՇՎԱԾ Է ՍՏՈՐԵՎ.</b>	<b>ՎԵՐՋՆԱԺԱՄԿԵՏ</b>
Պոլիոմելիտ	<input type="checkbox"/> #1 <input type="checkbox"/> #2 <input type="checkbox"/> #3 <input type="checkbox"/> #4	_____
DTaP (Tdap կամ Td, եթե 7 կամ ավելի մեծ է)	<input type="checkbox"/> #1 <input type="checkbox"/> #2 <input type="checkbox"/> #3 <input type="checkbox"/> #4 <input type="checkbox"/> #5	_____
MMR	<input type="checkbox"/> #1 <input type="checkbox"/> #2	_____
Hib (միայն մանկապարտեզ/նախակրթարան)	<input type="checkbox"/> #1 <input type="checkbox"/> #2 <input type="checkbox"/> #3 <input type="checkbox"/> #4	_____
Հեպատիտ B	<input type="checkbox"/> #1 <input type="checkbox"/> #2 <input type="checkbox"/> #3	_____
Վարիցելա (ջրծաղիկ)	<input type="checkbox"/> #1 <input type="checkbox"/> #2	_____
Tdap (7–12-րդ դասարանների համար)	<input type="checkbox"/> #1	_____

**ԴՈՒՔ ՊԵՏՔ Է ԱՆՄԻՋԱՊԵՍ ԱՆԵՔ ՀԵՏԵՎՅԱԼՆԵՐԻՑ ՄԵԿԸ ԿԱՄ ՄԻ ՔԱՆԻՍԸ.**

1. Եթե Ձեր երեխան արդեն ստացել է վերոնշյալ բոլոր պատվաստումները, մեզ ներկայացրեք պատվաստումների մասին գրառումները, որպեսզի մենք թարմացնենք մեր փաստաթղթերը: Ձեր երեխայի գրառումները պետք է ներառեն վերոնշյալ պատվաստումների ամսաթիվը, ինչպես նաև բժշկի/կլինիկայի անունը:
2. Եթե Ձեր երեխան դեռևս չի ստացել վերոնշյալ բոլոր պատվաստումներն, այս ձևը և Ձեր երեխայի պատվաստման մասին գրառումները Ձեզ հետ տարեք Ձեր բժշկի մոտ կամ տեղական առողջապահության բաժին՝ վերոնշյալ պատվաստումներն ստանալու համար: Պատվաստման համար յուրաքանչյուր այցելությունից հետո մեզ ներկայացրեք Ձեր երեխայի պատվաստման մասին թարմացված գրառումները, մինչև բոլոր պահանջվող պատվաստումների ստացումը:
3. Եթե այս պատվաստումներից որևէ մեկը չի տրվել Ձեր երեխային բժշկական նկատառումներով, խնդրում ենք մեզ ներկայացնել բժշկական ազատման նամակ՝ ստորագրված Ձեր երեխայի բժշկի կողմից (Կալիֆորնիայում արտոնագրված MD կամ DO):

**Նահանգային օրենքի համաձայն, մենք չենք կարող թույլատրել Ձեր երեխային հաճախել, եթե ապացույց չստանանք, որ վերոնշյալ պահանջները բավարարվել են մինչև հետևյալ ամսաթիվը՝ \_\_\_\_\_**

Նախա-մանկապարտեզի (երեխայի խնամք կամ նախակրթարան) և դպրոցի համար պատվաստման պայմանների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք [www.shotsforschool.org](http://www.shotsforschool.org) կայքը: Եթե որևէ հարց ունեք կամ լրացուցիչ տեղեկություններ է հարկավոր, խնդրում ենք զանգահարել \_\_\_\_\_:

Հարգանքներով,