

需接种疫苗的通知

该学生的父母/监护人： _____

我们的记录显示您的孩子需要接种以下疫苗，才能满足加尼福尼亚学校疫苗接种法案，健康安全法第 120325-120375 条的要求：

疫苗	请在下处勾选还未注射的剂量：	最后期限
脊髓灰质炎疫苗	<input type="checkbox"/> #1 剂 <input type="checkbox"/> #2 剂 <input type="checkbox"/> #3 剂 <input type="checkbox"/> #4 剂	_____
白喉、破伤风、非细胞性百日咳混合疫苗（7 岁及以上年龄的孩子需接种百日咳、白喉类毒素、破伤风三联疫苗或破伤风、减毒白喉混合疫苗）	<input type="checkbox"/> #1 剂 <input type="checkbox"/> #2 剂 <input type="checkbox"/> #3 剂 <input type="checkbox"/> #4 剂 <input type="checkbox"/> #5 剂	_____
麻疹、腮腺炎、风疹三联疫苗	<input type="checkbox"/> #1 剂 <input type="checkbox"/> #2 剂	_____
b 型流感嗜血杆菌结合疫苗（仅限托儿所/幼儿园的学生）	<input type="checkbox"/> #1 剂 <input type="checkbox"/> #2 剂 <input type="checkbox"/> #3 剂 <input type="checkbox"/> #4 剂	_____
乙型肝炎疫苗	<input type="checkbox"/> #1 剂 <input type="checkbox"/> #2 剂 <input type="checkbox"/> #3 剂	_____
水痘疫苗	<input type="checkbox"/> #1 剂 <input type="checkbox"/> #2 剂	_____
百日咳、白喉类毒素、破伤风三联疫苗（7 至 12 年级的学生）	<input type="checkbox"/> #1 剂	_____

您需要立刻采取以下一个或多个行动：

1. 如果您的孩子已经接种过以上所有疫苗，请把疫苗接种记录带过来，以便我们更新档案。您孩子的记录必须包括接种上述疫苗的检查日期以及医生/诊所的名称。
2. 如果您的孩子还未完成以上所有疫苗的接种，请带上这张表格和您孩子的疫苗接种记录，去找您的医生或是当地的卫生部门完成以上疫苗的接种。每次接种完新疫苗后，请带孩子来更新疫苗接种记录，直到所有疫苗接种完为止。
3. 如果您的孩子由于医学原因而无法接种其中某种疫苗，请把您孩子医生（拥有加尼福尼亚行医执照的 MD 或 DO 医生）通过加尼福尼亚疫苗接种登记处 — 医疗豁免网站签发的豁免表带过来。

根据州法律，您的孩子无法入学除非我们在此日期之前收到满足上述要求的证据： _____

进一步了解学前教育（托儿所/幼儿园）及学校疫苗接种要求，请访问 www.shotsforschool.org.

如有任何疑问或需要附加信息，请致电 _____

谨上，