

НЕОБХОДИМЫЕ ПРИВИВКИ

Дорогой родитель/опекун: _____

Наши записи показывают, что вашему ребенку необходима следующая(ие) вакцинация(и) (прививки), чтобы соответствовать требованиям Закона об иммунизации в школах Калифорнии, Разделов 120325-120375 Кодекса по здравоохранению и безопасности:

ВАКЦИНА	ПРОПУЩЕННАЯ ДОЗА(Ы), ОТМЕЧЕНА(Ы) НИЖЕ:					СРОК
Polio (П полиомиелит)	<input type="checkbox"/> #1	<input type="checkbox"/> #2	<input type="checkbox"/> #3	<input type="checkbox"/> #4		_____
DTaP (Tdap или Td, если возраст 7 лет и старше)	<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 (только детский сад/дошкольное учреждение)	<input type="checkbox"/> #1	<input type="checkbox"/> #2	<input type="checkbox"/> #3	<input type="checkbox"/> #4		_____
Гепатит В	<input type="checkbox"/> #1	<input type="checkbox"/> #2	<input type="checkbox"/> #3			_____
Ветряная оспа (ветрянка)	<input type="checkbox"/> #1	<input type="checkbox"/> #2				_____
Tdap (для 7-12 классов)	<input type="checkbox"/> #1					_____

ВЫ ДОЛЖНЫ НЕМЕДЛЕННО СДЕЛАТЬ ОДНО ИЛИ НЕСКОЛЬКО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ:

1. Если ваш ребенок уже прошел все эти вакцинации, отмеченные выше, принесите нам карту вакцинации, чтобы мы могли обновить наши файлы. В карте вашего ребенка должна быть указана дата проведения вакцинации, указанной выше, а также имя врача/клиники.
2. Если ваш ребенок еще не прошел все вышеописанные вакцинации, принесите этот бланк вместе с картой вакцинации вашего ребенка к врачу или в местный отдел здравоохранения, чтобы получить вакцинацию(и), отмеченную(ые) выше. Приносите нам обновленную карту вакцинации вашего ребенка после каждой вакцинации до тех пор, пока не будут получены все необходимые вакцинации.
3. Если какая-либо из этих прививок не была сделана вашему ребенку по медицинским показаниям, пожалуйста, принесите нам бланк медицинского освобождения, выданный на веб-сайте CAIR-Medical Exemption врачом вашего ребенка (MD или DO, лицензированным в Калифорнии).

Согласно закону штата, мы не можем позволить вашему ребенку посещать школу, если мы не получим подтверждение того, что вышеуказанные требования выполнены к этой дате: _____

Для получения дополнительной информации о предварительных требованиях к прививкам в детском саду (детский сад/дошкольное учреждение) и школе, посетите www.shotsforschool.org.

Если у вас возникли какие-либо вопросы или требуется дополнительная информация, пожалуйста, позвоните.

Искренне,