

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО НЕОБХІДНІСТЬ ІМУНІЗАЦІЇ

Шановний батько, мати чи опікун дитини _____

У наших медичних записах указано, що Вашій дитині слід зробити наведені нижче щеплення (імунізацію), аби відповідати вимогам Закону Каліфорнії про шкільну імунізацію (розділи 120325-120375 Кодексу охорони здоров'я та безпеки праці).

ВАКЦИНА	ВІДСУТНІ ДОЗИ ЩЕПЛЕННЯ, ЯКІ ПОЗНАЧЕНО НИЖЧЕ					ТЕРМІН
Поліомієліт	<input type="checkbox"/> № 1	<input type="checkbox"/> № 2	<input type="checkbox"/> № 3	<input type="checkbox"/> № 4		_____
DTaP (дифтерія, правець і кашлюк), (Tdap (правець, дифтерія та кашлюк) і Td (правець і дифтерія), якщо дитині 7 років або більше)	<input type="checkbox"/> № 1	<input type="checkbox"/> № 2	<input type="checkbox"/> № 3	<input type="checkbox"/> № 4	<input type="checkbox"/> № 5	_____
MMR (кір, паротит і краснуха)	<input type="checkbox"/> № 1	<input type="checkbox"/> № 2				_____
XIB-вакцина (тільки для дітей дошкільного віку)	<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			_____
Вітряна віспа	<input type="checkbox"/> № 1	<input type="checkbox"/> № 2				_____
Tdap (правець, дифтерія та кашлюк) для учнів 7–12 класів	<input type="checkbox"/> № 1					_____

ВАМ СЛІД НЕГАЙНО ВИКОНАТИ ОДНУ АБО КІЛЬКА З НАВЕДЕНИХ НИЖЧЕ ДІЙ.

1. Якщо Вашій дитині вже зробили всі позначені вище щеплення, принесіть нам історію щеплень, щоб ми оновили інформацію. У такому документі має бути вказано дату виконання зазначених щеплень і прізвище лікаря та (або) назва лікарні.
2. Якщо Вашій дитині ще не зробили позначені вище щеплення, принесіть цю форму й історію щеплень дитини своєму лікарю або спеціалісту місцевого відділу охорони здоров'я, щоб зробити потрібну вакцинацію. Просимо Вас приносити оновлену історію щеплень після кожної імунізації, доки дитині не зроблять усі обов'язкові щеплення.
3. Якщо Вашій дитині не можуть зробити будь-яке з наведених вище щеплень із медичних причин, принесіть форму звільнення за станом здоров'я, видану лікарем дитини (з ліцензією MD або DO від штату Каліфорнія) через веб-сайт CAIR-Medical Exemption.

Відповідно до положень законів штату, ми не можемо дозволити відвідувати навчальні заклади Вашій дитині, якщо не отримаємо доказів, які підтверджують виконання наведених вище вимог. Кінцевий термін надання документів: _____

Щоб дізнатися більше про вимоги до імунізації дітей дошкільного й шкільного віку, відвідайте веб-сайт ShotsForSchool.org. Якщо у Вас є запитання або Вам потрібна додаткова інформація, зателефонуйте нам. _____

З повагою,