



إشعار بالإبعاد عن المدرسة لعدم استكمال سجل اللقاحات

اسم الطفل(ة): _____ التاريخ: _____
رقم تعريف المدرسة: _____ الصف/ الفصل: _____
المدرسة: _____ رقم هاتف المدرسة: _____

عزيزي الوالدة(ة) / ولي(ة) الأمر:

اعتباراً من يوم _____ / _____ / _____ ، لا يمكن لطفلك الذهاب إلى المدرسة بسبب عدم استكمال التطعيمات المدرسية المطلوبة. بموجب قانون الصحة العامة، الفقرة 2164، لن يُسمح لطفلك بالعودة إلى المدرسة إلا إذا قدمت وثائق تفيد أنه حصل على الجرعة التالية من كل من اللقاح (اللقاحات) التالية المطلوبة، أو أنه قد أجرى فحصاً للدم للتحقق من المناعة ضد الحصبة أو النكاف أو الحصبة الألمانية أو الحمق أو شلل الأطفال أو التهاب الكبد من النوع (ب).

ملاحظات	عدد الجرعات المطلوبة	اللقاح
(نرجو الرجوع للمستند SH65 للحصول على تفاصيل المتطلبات حسب السن)	5 ___ 4 ___ 3 ___ 2 ___ 1 ___	اللقاح الثلاثي (DTaP) (الديفتيريا- التيتانوس- السعال الديكي غير الخلوي) اللقاح الثلاثي (DTP) (الديفتيريا- التيتانوس- السعال الديكي) لقاح التيتوس والديفتيريا (Td) (التيتانوس والديفتيريا)
فقط جرعات لقاح (Tdap) (أو DTaP) التي تُعطى في سن 10 سنوات أو أكثر تفي بمتطلبات الصفوف 6 و 7 و 8؛ الجرعات المعطاة في سن 7 سنوات أو أكثر تفي بمتطلبات الصفوف 9-12.	1 ___	لقاح (Tdap) (التيتانوس-الديفتيريا-السعال الديكي غير الخلوي)
يتم قبول فحص الدم الذي يظهر إثبات الحصانة ولكن يجب أن يشمل جميع الأنماط المصلية الثلاثة لشلل الأطفال (يجب أن يكون قد تم إجراء الفحص قبل سبتمبر/ أيلول 2019).	4 ___ 3 ___ 2 ___ 1 ___	لقاح (IPV/OPV) (شلل الأطفال)
يتم قبول تحليل الدم الذي يثبت المناعة.	2 ___ 1 ___	لقاح (MMR) (الحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية)
يتم قبول تحليل الدم الذي يثبت المناعة أو التهاب الكبد المزمن من النوع (ب).	3 ___ 2 ___ 1 ___	التهاب الكبد من النوع ب (HepB) إلتهاب الكبد (B)
يتم قبول تحليل الدم الذي يثبت المناعة أو تقديم مستند للمرض.	2 ___ 1 ___	الجدري المائي (Varicella) (الجدري المائي)
فقط جرعات لقاح (MenACWY) التي تُعطى في سن 10 سنوات أو أكثر تفي بمتطلبات الصفوف 7 و 8 و 9؛ الجرعات المعطاة قبل سن 10 سنوات تفي بمتطلبات الجرعة الأولى للصفوف 10-12.	2 ___ 1 ___	لقاح (MenACWY) (المكورات السحائية المتقارئة)
برنامج رعاية الأطفال أو برنامج (Head Start) أو الحضانة أو صف (3K) أو صف ما قبل الروضة	4 ___ 3 ___ 2 ___ 1 ___	لقاح (Hib): (الأنفلونزا النزلية من النوع ب)
برنامج رعاية الأطفال أو برنامج (Head Start) أو الحضانة أو صف (3K) أو صف ما قبل الروضة	4 ___ 3 ___ 2 ___ 1 ___	لقاح (PCV) (المكورات الرئوية)
برنامج رعاية الأطفال أو برنامج (Head Start) أو الحضانة أو صف (3K) أو صف ما قبل الروضة	1 ___	الأنفلونزا

ملحوظة إلى مقدمي الخدمة: الرجاء الذهاب إلى الموقع الإلكتروني schools.nyc.gov والبحث عن "immunizations" (اللقاحات) لمراجعة المستند SH65 (المتطلبات الطبية للعام الدراسي 2022-2023) في قسم "Information for Providers" (معلومات لمقدمي الخدمات) والاستمارات المتعلقة بمتطلبات اللقاحات المدرسية.

Note to Providers: Please go to schools.nyc.gov and search "immunizations" to review SH65 (Medical Requirements for School Year 2022-23) in the "Information for Providers" section and school immunization requirements-related forms.

يرجى إظهار هذه الرسالة إلى مقدم الخدمات الطبية لطفلك للتأكد من أن طفلك يتلقى الجرعة (الجرعات) المفقودة المدرجة. إذا كنت تعتقد أن طفلك قد تلقى هذه اللقاحات بالفعل، المرجو تقديم سجل اللقاحات أو إثبات المناعة إلى مدير المدرسة. لن تقبل تواريخ بديلة. إذا كان لديك أية أسئلة حول القانون الذي يتطلب اللقاحات المدرسية، أو لمعرفة المزيد حول أين يمكن لطفلك الحصول على اللقاحات، يرجى الاتصال بالرقم 311.

مع خالص التقدير والاحترام،