



22 October 2024
007/Par/24

التاريخ: 22 أكتوبر 2024
المرجع: 007/ أولياء / 2024

Dear Grade 8 Parents,

أولياء أمور طلاب وطالبات الصف الثامن الكرام،

School Health has informed us that the Human Papilloma Virus (HPV) is vaccine for Grade 8 girls and boys is available. If you would like your daughter/ son to be vaccinated, please complete this form. Also, if you **DO NOT** require the vaccination please complete below. This form must be emailed to Ms Mitzi the School Nurse on administrator@fpa.sch.ae by Wednesday 23rd October.

لقد تم اعلامنا من قِبل إدارة الصحة المدرسية بتوفر لقاح (HPV) لطلاب وطالبات الصف الثامن، إذا رغبتكم بحصول ابنكم/ ابنتكم على اللقاح المذكور، يُرجى استكمال النموذج أدناه، كذلك إذا لم ترغبوا في الحصول على التطعيم يُرجى إيضاح ذلك كتابياً واستكمال النموذج أدناه، يجب ارسال النموذج المستكمل إلى السيدة/ ميثزي ممرضة المدرسة على البريد الإلكتروني: administrator@fpa.sch.ae في موعد أقصاه يوم الاربعاء الموافق 23 أكتوبر.

Please telephone Ms Hanan on 09-2224001 ext. 6 if you have any questions.

للمزيد من الاستفسار يُرجى الاتصال بالسيدة/ حنان على رقم:
092224001 تحويلة: 6.

Thanking you for your assistance.

نشكر لسيادتكم حسن تعاونكم معنا في هذا الشأن.

Yours sincerely,

وشكراً،

Jan Brettingham Ms
Principal

جان برتنجهام
المديرة

Name of the child: _____

اسم الطالب/ الطالبة: _____

Class : _____

الصف: _____

Delete as required:

يُرجى تحديد الاختيار المطلوب:

I require the school to give the vaccination.

أرغب أن تقوم المدرسة بإعطاء/ ابني ابنتي لقاح (HPV)

I **DO NOT** require the give the vaccination.

لا أرغب أن تقوم المدرسة بإعطاء ابني/ ابنتي لقاح (HPV)

Signed: _____

التوقيع: _____

Relationship to child: _____

صلة القرابة للطالب/ الطالبة: _____

Immunization Consent Form for Grade 8

Student's Name		
Emirate's Identification Number		
The School Health Program provides important vaccines to prevent diseases that can be prevented under Ministerial Decree No.14. for students studying in grade 8 .		
Select	Vaccine	Administration Route
<input type="checkbox"/>	HPV9 (Human Papilloma virus - 2 doses) for less than 15 years old (0,6 months)	Injection
<input type="checkbox"/>	HPV9 (Human Papilloma virus - 3 doses) for 15 years and above (0,1,6 months)	Injection
<input type="checkbox"/>	HPV9 (Human Papilloma virus) defaulter	Injection
<input type="checkbox"/> Yes, I agree to vaccinate my child		
If you choose not to vaccinate your child please tick (v) the related reason:		
<input type="checkbox"/> My child has a medical condition which prevents her from taking the vaccine now. <i>(Please send an AUTHENTICATED report explaining the medical condition to the school nurse)</i>		
<input type="checkbox"/> I disagree because my child has been vaccinated <u>before</u> with one of above-mentioned doses as per protocol. <i>(Please send an official prove for that)</i>		
<input type="checkbox"/> My child is allergic to yeast		
<input type="checkbox"/> Other reason, please specify		
Parent's /Guardian's Name:		
Relationship:		
Mobile phone Number:		
Alternate Phone Number		
Signature:		
Date:		

This form is valid for 1 year from signature date

For further inquiries, please contact the school nurse.

DG/ Admin /104/002

نموذج طلب موافقة على إعطاء التطعيمات المدرسية -الصف الثامن

الاسم		رقم الهوية الإماراتية
يوفر برنامج الصحة المدرسية لقاحات مهمة للوقاية من الأمراض التي يمكن الوقاية منها بموجب القرار الوزاري رقم 14 للطلبة الذين يدرسون في الصف الثامن. حيث ستعطى اللقاحات على الشكل التالي:		
Administration route طريقة إعطاء اللقاح	Vaccine التطعيم	Select اختار
Injection حقنة	HPV9 (Human Papilloma virus - 2 doses) for less than 15 years old (0,6 months) لقاح فيروس الورم الحليمي البشري- جرعتين إذا كان العمر اقل من 15سنة (0,6 شهور)	<input type="checkbox"/>
Injection حقنة	HPV9 (Human Papilloma virus - 3 doses) for 15 years old and above (0,1,6 months) لقاح فيروس الورم الحليمي البشري- ثلاثة جرعات إذا كان العمر 15 سنة وأكثر (0,1,6 شهور)	<input type="checkbox"/>
Injection حقنة	HPV9 (Human Papilloma virus) defaulter لقاح فيروس الورم الحليمي البشري المتخلفين عن اخذ الجرع اللازمة من المطعوم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> نعم، أوافق على تطعيم طفلي. <input type="checkbox"/> إذا اخترت عدم تطعيم طفلك، فيرجى وضع علامة (v) على السبب ذي الصلة: <input type="checkbox"/> لأن طفلي قد تم تطعيمه من قبل بإحدى الجرعات المذكورة أعلاه وفقاً للبروتوكول (يرجى إرسال ما يثبت ذلك إلى عيادة المدرسة) <input type="checkbox"/> طفلي يعاني من حالة طبية تمنعه من أخذ اللقاح الآن (يرجى إرسال تقرير طبي معتمد إلى عيادة المدرسة) <input type="checkbox"/> طفلي لديه حساسية من الخميرة <input type="checkbox"/> سبب آخر اذكره:		
اسم ولي الأمر:		
صلة القرابة:		
رقم الهاتف الجوال:		
رقم الهاتف البديل:		
التوقيع:		
التاريخ:		

في حال وجود أي استفسار الرجاء التواصل مع ممرض/ة المدرسة.
هذا النموذج فعال لسنة من تاريخه.

استبيان ما قبل جرعة التطعيم

Pre-vaccination Questionnaire

Student Name:	اسم الطالب/ة:
Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Date of birth:	الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى تاريخ الميلاد:
School NameClass/section:	المدرسة:الصف/ الشعبة
Telephone No.: Mobile Home	رقم الهاتف: موبايل منزل:

للتأكد من إعطاء التطعيم بشكل آمن، يقوم ممرض/ة المدرسة بطلب معلومات عن ابنك/ ابنتك، يرجى تعبئة هذا النموذج قبل إعطاء التطعيم.
سيتم توزيع استبيان التطعيم في بداية العام الدراسي. يرجى إبلاغ ممرض/ة المدرسة عن أي تغيير في صحة الطالب/ة خلال العام الدراسي الحالي للطالب/ة مما قد يؤثر على إعطاء جرعة التطعيم.

To administer the vaccine safely to your child, the school nurse would some information about your son / daughter. Kindly fill this form before we give the vaccination to your child. We will distribute this form at the beginning of the academic year. Please inform the school nurse about any changes in your child's health during this academic year/ which might affect giving your child the vaccination dose.

الرقم No.	البند Article / Item	نعم Yes	لا No
1.	هل لدى الطالب/ة حساسية من أي نوع من الأدوية، الأطعمة، التطعيم او حساسية من أي شيء آخر؟ اذكرها Has the student ever experienced any drugs sensitivity, food allergy, reaction to vaccines, or any other sensitivity? Please mention it if any.....		
2.	هل تعرض الطالب/ة سابقا لأي حساسية او مضاعفات بعد التطعيم؟ إذا كانت الإجابة نعم يرجى ذكر المضاعفات Has the student ever Experienced any sensitivity, or complications post vaccination? If the answer is yes please mentioning such complications.....		
3.	هل تعرض الطالب/ة لتشنجات أو مشاكل في الدماغ (الجهاز العصبي) Has the student ever suffered from any convulsions or any brain problems (neurological diseases)?		
4.	هل يعاني الطالب/ة أو أحد افراد العائلة من اي حالة قد تضعف الجهاز المناعي للطالب مثل سرطان الدم، سرطان الغدد الليمفاوية، زراعة الاعضاء، الخ؟ Does the student or any family member suffer from any health conditions that depress the immunity like leukemia, lymphoma, organ transplantation, etc.		
5.	هل تناول الطالب/ة أي دواء يحتوي على الكورتيزون، أدوية السرطان أو العلاج الكيماوي في الثلاث شهور السابقة؟ Did the student receive any medications containing steroids, cancer medications, or chemotherapy within the last three months?		

6.	هل تعرض الطالب/ الطالبة لنقل دم او اجسام مضادة او بلازما خلال العام السابق؟ إذا كانت الاجابة نعم اذكر التاريخ		
	Did the students receive any blood transfusion or antibodies or plasma within the last year? If yes please mention the date:		
7.	هل يعاني الطالب/ الطالبة من اية أمراض او اي ادوي لمنع تجلط الدم؟ وضح		
	Does the student suffer from any disease or receive any medications that affect coagulation? Please explain:		
8.	هل تم اعطاء الطالب/ة اي تطعيمات خلال الشهر السابق؟ إذا كانت الاجابة نعم اذكر اسم التطعيم وتاريخه:		
	Did the student receive any vaccination during the last month? If yes please mention the name & the date of the vaccine received		

Do you want to inform us about any other thing?	ملاحظات هامة تود ذكرها:
--	--

Notes: • Please send a preschool vaccination card copy to the school nurse. • Please send a copy of any medical report related to the student's health which might affect the vaccination. • Please inform the school nurse or the school administration about any changes in the child's health that might affect the next vaccination dose.	ملاحظات: يرجى ارسال صورة عن بطاقة التطعيم) ما قبل دخول المدرسة) يرجى ارسال صورة عن أي تقارير طبية تتعلق بالطالب/ الطالبة وتعارض مع التطعيم المقرر اعطاؤه. يرجى ابلاغ ممرض/ة المدرسة بأية تغيرات على ما ذكر أعلاه قد تطرأ على صحة ابنكم/ابنتكم بين جرعات التطعيم.
---	---

Parent's name:	اسم ولي الامر:
Parent's Signature:	توقيع ولي الأمر:
Date:	التاريخ:

For any inquiries: please communicate with the school nurse

للاستفسار: يرجى التواصل مع ممرض/ ممرضة المدرسة

Primary Health Care Department - School Health Section

EHS/ND/School Health Model/Pre-vaccination History Questionnaire/First Version: 2018/Last Revised: December 2022/Current Version No: 2/ Next Revision: December 2025