

Public Health Protection Department- School Health Section  
School Vaccination Consent Form

إدارة حماية الصحة العامة - قسم الصحة المدرسية  
استمارة الموافقة على إعطاء اللقاحات المدرسية

Student's Full Name:  (生徒氏名)

School:  (Japanese School) DOB:  (誕生日 日/月/年)

الاسم (الكامل) للطالب/الطالبة:

المدرسة:  تاريخ الميلاد:

These vaccines are considered booster doses for the pre-school vaccination national programme as recommended by the DHA

تعدّ هذه اللقاحات جرعات منشطة مكملّة للبرنامج الوطني للتحصين حسب التوصيات المعمول بها من قبل هيئة الصحة بدبي.

Vaccination Date:  (記入不要) تاريخ التلقيح:  (下記のボックス内は学校でチェックしますのでご記入不要です)

The below table to be filled by School Doctor/Nurse يعبأ الجدول أدناه من قبل طبيب/ممرض المدرسة

| متأخر<br>Overdue         | مستحق<br>Due             | طريقة إعطاء اللقاح<br>Administration route | اللقاح<br>Vaccine                                                                                                                                                           | الصف<br>Grade                                               |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | حقنة تحت الجلد<br>Subcutaneous Injection   | لقاح الحصبة، الحصبة الألمانية، النكاف<br>MMR (Measles, Mumps, Rubella)                                                                                                      | الصف الأول<br>Grade 1                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | حقنة بالعضل<br>Intramuscular Injection     | اللقاح الرباعي (الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي اللاخلوي وشلل الأطفال العضلي)<br>DTaP-IPV Vaccine (Diphtheria, Tetanus, acellular Pertussis and Inactivated Polio Vaccine) |                                                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                            | OR<br>اللقاح الثلاثي (الكزاز والدفتيريا والسعال الديكي اللاخلوي)<br>Tdap vaccine (Tetanus, diphtheria, acellular pertussis)                                                 |                                                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | نقطتين بالفم<br>Two Oral Drops             | لقاح شلل الأطفال الفموي<br>OPV Vaccine (Oral Polio Vaccine)                                                                                                                 |                                                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | حقنة تحت الجلد<br>Subcutaneous Injection   | لقاح الجدري المائي<br>Varicella Vaccine                                                                                                                                     |                                                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | حقنة بالعضل<br>Intramuscular Injection     | اللقاح الثلاثي (الكزاز والدفتيريا والسعال الديكي اللاخلوي)<br>Tdap Vaccine (Tetanus, diphtheria, acellular pertussis)                                                       | من الصف الحادي عشر إلى الصف الثاني عشر<br>Form G 11 to G 12 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | حقنة بالعضل<br>Intramuscular Injection     | لقاح الحمى الشوكية<br>Meningococcal Vaccine                                                                                                                                 |                                                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | حقنة بالعضل<br>Intramuscular Injection     | لقاح الوقاية من سرطان عنق الرحم جرعة 1<br>HPV Vaccine 1 <sup>st</sup> dose                                                                                                  | الصف الثامن (إناث)<br>Grade 8                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | حقنة بالعضل<br>Intramuscular Injection     | لقاح الوقاية من سرطان عنق الرحم جرعة 2<br>HPV Vaccine 2 <sup>nd</sup> dose                                                                                                  | (Females)                                                   |

إذا كان عمر الطالبة أقل من 15 عاماً ستحتاج لجرعتين من لقاح الوقاية من سرطان عنق الرحم، أما إذا كانت الطالبة 15 عاماً وما فوق ستحتاج لثلاثة جرعات من اللقاح  
Female students under 15 years old, require 2 doses of the HPV Vaccine, female students above 15 years old, require 3 doses of the HPV Vaccine.

الصف الثاني عشر  
Form G 11 to G 12

الصف الثامن (إناث)  
Grade 8

\*Only the parent or guardian fills the form

\* يعبأ الجدول أدناه من قبل ولي الأمر أو الوصي الشرعي فقط

|                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> I agree to give my son/ daughter the vaccines mentioned above                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> أوافق على إعطاء ابني/ ابنتي اللقاحات المشار إليها أعلاه           |
| <input type="checkbox"/> I disagree with my child being vaccinated because:<br>Reason (Specify).....<br>(例 I want to follow Japanese Vaccination schedule for my child 日本予防接種のスケジュールに沿いたい) (I want to give vaccination in my presence.親の前で受けさせたい) | <input type="checkbox"/> لا أوافق على إعطاء ابني/ ابنتي هذه اللقاحات:<br>اذكر السبب: ..... |
| Parent's / Guardian's Name : <input type="text"/> (保護者氏名)                                                                                                                                                                                         | اسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي: <input type="text"/>                                          |
| Relation : <input type="text"/> (生徒との関係)                                                                                                                                                                                                          | صلة القرابة: <input type="text"/>                                                          |
| Signature Parent's / Guardian's: <input type="text"/> (保護者のサイン)                                                                                                                                                                                   | توقيع ولي الأمر/ الوصي الشرعي: <input type="text"/>                                        |
| Tel: <input type="text"/> (携帯番号)                                                                                                                                                                                                                  | رقم الهاتف: <input type="text"/>                                                           |
| Date: <input type="text"/> (記入日)                                                                                                                                                                                                                  | التاريخ: <input type="text"/>                                                              |

If there are any queries, please contact school doctor or nurse

في حال وجود استفسار الرجاء الاتصال بطبيب أو ممرض المدرسة

| ID            | Issue# | Issue Date   | Effective Date | Revision Date | Page# |
|---------------|--------|--------------|----------------|---------------|-------|
| CP_6.2.13_F02 | 01     | Jan 01, 2019 | Mar 01, 2019   | Jan 01, 2021  | 1/1   |