

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: .....

الاسم (الكامل) للطالب/الطالبة: .....

School: ..... DOB: .....

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: .....

تاريخ التلقيح: .....

The below table to be filled by School Doctor/Nurse

يعبأ الجدول أدناه من قبل طبيب/ممرض المدرسة

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

\*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: Reason (Specify).....	<input type="checkbox"/> لا أوافق على إعطاء ابني/ ابنتي هذه اللقاحات: اذكر السبب: .....
Parent's / Guardian's Name :	اسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي:
Relation :	صلة القرابة:
Signature Parent's / Guardian's:	توقيع ولي الأمر/ الوصي الشرعي:
Tel:	رقم الهاتف:
Date :	التاريخ:

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