



منطقة مدارس مدينة دبلن

إعفاء من التطعيم

Immunization Exemption

Students
5320 F2
Revised 12/1/17
Arabic

- القسم 1 يتم تعيينه من قبل ولي الأمر
- القسم 2 يتم تعيينه من قبل مقدم الرعاية الصحية في حال وجود إعفاء طبي
- العودة إلى مدرسة المدرسة عند الانتهاء

I. القسم الخاص بولي الأمر

اسم الطفل: تاريخ الولادة: _____

العنوان: المدرسة: _____

كما هو مطلوب بموجب قانون التطعيم الإجباري (قانون أوهايو المعدل، القسم 3313.67 و 3313.671)، إنني بموجب توقيعي أعترض للسبب المذكور أدناه على تطعيم طفلي ضد المرض (الأمراض) التالية:

- شلل الأطفال الدفتيريا/الكزاز/السعال الديكي (DTP) الحصبة النكاف الحصبة الألمانية
- المستدمية النزلية ب Hib التهاب الكبد ب الثلاثي Tdap الحماق (الجدري) المكورات السحائية

سبب الإعفاء: _____

أدرك أن طفلي معرض للاستبعاد من المدرسة كما هو مطلوب من قبل وزارة الصحة بولاية أوهايو في حالة تفشي أي مرض (أمراض) معدي قمت باختياره أعلاه، وأن هذا الاستبعاد قد يستمر طوال مدة تفشي المرض، والتي يمكن أن تمتد على مدى عدة أسابيع.

توقيع ولي الأمر: التاريخ: _____

II Health care provider section

Please check contraindicated immunizations for medical exemption.

- Rubella Mumps Measles Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTP) Polio
- Meningococcal Varicella (Chickenpox) Tdap Hepatitis-B Hib

Reason for medical exemption: _____

Time frame for medical exemption: _____

Date: _____ Provider signature/title: _____
(ONLY required when this is a medical exemption)