



Ref No.: LPS/Cir/2051/2026-27

01.06.2026

CIRCULAR

Dear Parents,

Sub: Meningococcal Vaccination for Grade 5 Students

Greetings from LPS Sharjah!

As part of our commitment to promoting student health and well-being, the school, in collaboration with Emirates Health Services (EHS), will be administering the **Meningococcal Vaccine** for students of **Grade 5**.

You are kindly requested to review the attached **Vaccine Consent Form** and ensure that the duly completed form is submitted to the class teacher on or before **Thursday, 11th June 2026**.

Important Instructions:

- Kindly send the duly signed hard copy of the Consent Form with your child before the last date, i.e. **Thursday, 11.06.2026**.
- If you do not wish your child to receive the vaccine, please indicate **“Disagree”** on the consent form and mention the genuine reason, as this is mandatory as per Ministry regulations.
- If your child has received any other vaccination within the last **four weeks**, kindly inform the school clinic, as the vaccination may need to be postponed.
- Administration of the vaccine will be subject to the schedule and availability provided by Emirates Health Services (EHS).
- As per EHS regulations, the meningococcal vaccine is included in the **National Immunization Schedule** (attached below for your reference). Parents who choose not to avail the vaccination at school are requested to submit a copy of the student's meningococcal vaccination certificate received from an external clinic.
- For more details regarding the vaccine, kindly scan the QR code/barcode provided on the consent form.
- In case of any queries, please contact the School Clinic (Extn. No. 107).

Thank you for your cooperation and continued support in keeping our children safe and healthy.

With regards,

Rafia Zafar Ali
Principal

SCHOOL HEALTH PROGRAM - IMMUNIZATION CONSENT FORM.

Dear Parent / Guardian of the student,

Due to the important role of taking vaccines as a strong public health preventive approach against a set of infectious diseases according to the ministerial decree no: (14)*, the School Health program is offering the below mentioned vaccines as boosters vaccination doses for students studying in Grade 6

School Information						بيانات مدرسية				
School Name.....						اسم المدرسة:.....				
Grade:.....Section:.....						لشعة:..... الصف:.....				
Student Information						بيانات الطالب / الطالبة				
Full Name.....						الاسم الكامل:.....				
Gender.....Nationality.....						الجنس:..... الجنسية:..... تاريخ				
Date of Birth: DD/MM/YYYY						امليال: DD/MM/YYYY				
Emirates ID:.....						الهوية الإماراتية:.....				
Parent / Legal Guardian Information						بيانات ولي الأمر أو الوصي الشرعي:				
Full Name:.....						لسم الكامل:.....				
Relationship:.....Emirate:.....						صلة القرابة:..... الإمارة:..... رقم				
Mobile Number (1):(05_)-(.....)						الهاتف املتحرك 1:(.....)-(05_)				
Mobile Number (2):(05_)-(.....)						رقم الهاتف املتحرك 2:(.....)-(05_)				
Email Address:..... In case of Emergency and we are unable to reach the parent / guardian, the following person can be contacted:						لبريد الكتروني:.....				
Name:.....						في حال الطوارئ ولم تتمكن من الوصل إليكم، يمكننا التصل ب:.....				
Relationship:.....Mobile Number:(05_)-(.....)						السم:..... صلة القرابة:..... رقم الهاتف املتحرك:(.....)-(05_)				
Imunization Consent						التطعيمات:				
Vaccines play a vital role in prevention of infectious diseases as declared by the cabinet decree no. 14, the student is required to take the below mentioned vaccines.						لما للطور املهم الذي يلعه تناول اللقاحات كنهج وقائي قوي للصحة العامة ضد مجموعة من امراض الملعدية ووفقا للقرار الوزاري رقم 14، من املقرر أن يحصل الطالب على التطعيمات ملوحة ادناه.				
Vaccine	Grade	Route	Consent			القرار		طريقة إعطاء اللقاح	الصف	اللقاح
Meningococcal Vaccine	Grade 5	Injection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حفنة	الصف الحادي عشر	فاح الحمى الشوكية
			Agree	Disagree	N/A	بطبق	غير وافي	وافي		م
										ل

<p>If disagree for vaccination, please state the reason:</p> <p><input type="checkbox"/> Vaccination dose mentioned above has been administered previously.</p> <p><input type="checkbox"/> Medical condition that prevents from taking the vaccination currently.</p> <p><input type="checkbox"/> Student is allergic to yeast or one of the components of the vaccine, please share a copy of the medical report.</p> <p><input type="checkbox"/> Other reason, please specify.....</p>	<p>في حال عدم موافقة، يرجى ذكر السبب:</p> <p><input type="checkbox"/> تم أخذ جرعة التطعيم المذكورة أعلاه مسافا</p> <p><input type="checkbox"/> وجود حالة طبية تمنعه من أخذ التطعيم في الوقت الحالي، يرجى تزويد نسخة من التقرير الطبي.</p> <p><input type="checkbox"/> وجود حساسية تجاه الخميرة أو أحد مكونات اللقاح، يرجى تزويد نسخة من التقرير الطبي</p> <p><input type="checkbox"/> التحديد يرجى آخر، أسبابا.....</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Parent / Guardian Signature.....</p> <p>Date: DD/MM/YYYY</p>	<p>وقيع ولي الأمر / الوصي الشرعي:.....</p> <p>لتاريخ: DD/MM/YYYY</p>
-----------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------

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:	انثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> : الجنس تاريخ الميلاد:
School Name..... Class/section:.....	المدرسة..... الصف/ الشعبة
Telephone No.: Mobile, Home	رقم الهاتف: موبايل, منزل:

للتأكد من اعطاء التطعيم بشكل آمن، يقوم ممرض /ة المدرسة بطلب معلومات عن ابنك / ابنتك ، يرجى تعبئة هذا النموذج قبل اعطاء 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.

1	هل لدى الطالب/ة حساسية من أي نوع من الأدوية ، الأطعمة، التطعيم او حساسية من أي شيء اخر؟ أذكرها 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؟ اذا كانت الاجابة نعم يرجى ذكر المضاعفات Has the student ever Experienced any sensitivity, or complications post vaccination? If the answer is yes please mention 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 او احد 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 والعلاج 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/ الطالبية 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 ادوية 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؟ اذا 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		

Notes	ملاحظة تود ذكرها
.....
.....
.....
.....
.....

Parent's name:	اسم ولي الأمر :
Parent's Signature:	التوقيع:
Date:	التاريخ:

For any inquiry: please communicate with the school nurse

للاستفسار: يرجى التواصل مع ممرض/ ممرضة المدرسة

نموذج الموافقة على إجراء الفحص الطبي والتطعيم لطلاب المدارس
SCHOOL HEALTH SCREENING & VACCINATION CONSENT FORM

The School Student Screening Program aims to assess the health status of students aged 4 years and above, with the goal of identifying potential health issues early. The program includes two components:

1. Annual basic health screenings for students across all grade levels.

The Annual basic health screening is performed by a school nurse in the school clinic which consists of:

1. Height and Weight measurement
2. Checking the body mass index
3. Vision screening

The school nurse will also review student's medical record and vaccination status and will give health promotion appropriate to student age.

2. Targeted comprehensive screenings based on school level, conducted for students in KG1, Grade 1, Grade 5, and Grade 9.

The targeted comprehensive screening is delivered by a healthcare provider team (physician, dentist, nurse and medical technician) as in the table below and consists of:

Please fill out the consent in the table below according to the student's grade. If you agree on conducting the specific screening please select "Yes" in case you disagree please select "No".

Grade	Specific Screenings	Yes	No
All Grades	Annual basic screening	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Physical examination	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
KG1	Supervised tooth brushing.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Blood test (Complete Blood Count Test)	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Grade 1	Vision and Hearing Examination	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Physical Examination *Please be informed that the examination for Grade 1 students includes a genitalia screening for both boys and girls. This specific examination will not be performed in the school clinic. Instead, parents/guardians are required to take their child to the nearest Primary Health Care Facility, as advised by the school nurse.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Fluoride varnish	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	ADHD (Attention-deficit Hyperactivity disorder) Test (If required)	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

يهدف الفحص الطبي لطلبة المدارس إلى تقييم الحالة الصحية للطلاب الذين يبلغون من العمر 4 سنوات فما فوق من أجل الكشف عن المشكلات الصحية مبكراً. يتكون البرنامج مكونين رئيسيين:

1. الفحوصات الصحية الأساسية السنوية لجميع الطلبة في مختلف الصفوف الدراسية.

يتم إجراء الفحص الصحي الأساسي السنوي من قبل الممرضة المدرسية في عيادة المدرسة، ويشمل ما يلي:

1. قياس الطول والوزن.
2. حساب مؤشر كتلة الجسم.
3. فحص النظر.

كما تقوم الممرضة المدرسية بمراجعة السجل الطبي والتطعيمات للطلاب، وتقديم التثقيف الصحي المناسب لعمره.

2. الفحوصات الشاملة المستهدفة وفقاً للمستوى الدراسي، وتُجرى للطلبة في الصفوف: الروضة الأولى، الصف الأول، الصف الخامس، والصف التاسع.

يتم إجراء الفحص الصحي الشامل المستهدف، من قبل فريق طبي (طبيب، طبيب أسنان، ممرضة، وفني طبي) كما هو موضح في الجدول أدناه، ويشمل:

يرجى ملئ الموافقة بما يتناسب مع المرحلة الدراسية للطلاب

يرجى ملئ الموافقة في الجدول أدناه بما يتناسب مع المرحلة الدراسية للطلاب، في حال الموافقة على إجراء الفحوصات المحددة المطلوبة يرجى اختيار "نعم"، وفي حال عدم الموافقة يرجى اختيار "لا".

الصف	الفحوصات المحددة	نعم	لا
جميع المراحل الدراسية	الفحص السنوي الأساسي	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
	الكشف الطبي	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
رياض الأطفال	برنامج تفريش الاسنان المراقب	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
	فحص الدم (فحص تعداد الدم الكامل)	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
الصف الأول	فحص السمع والنظر	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
	الكشف الطبي *يرجى العلم بأن الفحص الطبي لطلبة الصف الأول يتضمن فحصاً للأعضاء التناسلية لكل من الأولاد والبنات. هذا الفحص المحدد لن يُجرى في عيادة المدرسة، بل يُطلب من أولياء الأمور/الأوصياء أخذ الطفل إلى أقرب مركز رعاية صحية أولية، وذلك بناءً على توجيهات ممرضة المدرسة.	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
	تطبيق مادة الفلورايد	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
	فحص اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط (إن لزم الأمر)	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>

Grade 2	Fluoride varnish	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Grade 3	Fluoride varnish	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Grade 4	Dental examination	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Fluoride varnish	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Grade 5	Physical Examination, including screening for scoliosis - examination of the spine (females only).	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Dental examination	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Fluoride varnish	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Grade 6	Dental examination	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Fluoride varnish	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Grade 9	Blood test (Complete Blood Count test) for females.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Physical Examination including screening for scoliosis – examination of the spine (males only)	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Depression Test	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	تطبيق مادة الفلورايد	الصف الثاني
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	تطبيق مادة الفلورايد	الصف الثالث
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	فحص الاسنان	الصف الرابع
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	تطبيق مادة الفلورايد	
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	الكشف الطبي، بما في ذلك فحص الجنف – فحص العمود الفقري (للطالبات فقط).	الصف الخامس
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	فحص الاسنان	
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	تطبيق مادة الفلورايد	
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	فحص الاسنان	الصف السادس
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	تطبيق مادة الفلورايد	
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	فحص الدم (تعداد الدم الكامل) للإناث	الصف التاسع
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	الكشف الطبي، بما في ذلك فحص الجنف – فحص العمود الفقري (للطلاب الذكور فقط).	
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	فحص الاكتئاب	

If you disagree, please mention the reason: -----

After the school screening, any student with abnormal test results will receive a referral letter to his/her parents/guardian, directing them to take the student to an appointment with a specialist doctor.

Emergency Treatment Acknowledgement

If your child requires emergency medical care, the school nurse will initiate appropriate treatment in accordance with established protocols. This may include procedures such as the insertion of an intravenous drip or the administration of oxygen therapy. You will be contacted immediately and asked to collect your child from school.

If the school is unable to reach you, your child will be transported to a nearby health center or hospital for further evaluation and treatment. In cases of serious medical emergencies, an ambulance will be called without delay. If a parent or guardian is unavailable at the time of transfer, a member of the school administration will accompany the student until the parent or guardian arrives.

The following medication are permitted and available in the school clinic and will be given to the student if needed:

Paracetamol (ADOL) (Oral) - To control mild to moderate pain & fever

في حال عدم الموافقة، يرجى ذكر السبب: -----

بعد الفحص المدرسي، سيتلقى أي طالب لديه نتائج فحص غير طبيعية رسالة تحويل إلى والديه / الوصي عليه، وذلك لتوجيههم لأخذ موعد للطالب مع أحد الأطباء المختصين.

إقرار بالعلاج في الحالات الطارئة

في حال احتاج طفلك إلى رعاية طبية طارئة، ستقوم الممرضة المدرسية ببدء العلاج المناسب وفقاً للبروتوكولات المعتمدة. وقد يشمل ذلك إجراءات مثل تركيب محلول وريدي (IV) أو إعطاء الأكسجين. سيتم التواصل معكم فوراً وطلب الحضور لاستلام طفلكم من المدرسة.

في حال تعذر على المدرسة الوصول إليكم، سيتم نقل طفلكم إلى أقرب مركز صحي أو مستشفى لإجراء المزيد من التقييم والعلاج. وفي حالات الطوارئ الطبية الخطيرة، سيتم استدعاء الإسعاف دون تأخير. وإذا لم يتوفر أحد الوالدين أو الأوصياء وقت النقل، سيرافق أحد أفراد الإدارة المدرسية الطالب حتى وصول الوالد أو الوصي.

الأدوية التالية مسموح بها ومتوفرة في عيادة المدرسة، وسيتم إعطاؤها للطالب عند الحاجة:

باراسيتامول (ادول) (عن طريق الفم) - للتحكم في الألم الخفيف إلى المتوسط وخفض الحمى.

Antihistamine Cream - To relieve mild to moderate skin allergies

Epinephrine (Injection) – For acute allergic reactions

Salbutamol (VENTOLIN) inhaler - To control asthmatic symptoms

Lice Shampoo - For lice treatment - to be sent home with student

*Please note: if your child is known with severe allergies and have his/her own EpiPen, please bring it to school with student so it can be kept in the school clinic."

The data collected will be used by governmental health authorities in the country to establish the disease pattern in the society and assist in the planning of national health initiatives. Note that all data will be dealt with confidentially and the personal information will be kept private. Student privacy and confidentiality will be maintained in the school at all times during assessments.

I, (-----), the undersigning guardian of the student (-----), have received sufficient information about the screening and the purpose of conducting this screening for my child, and therefore:

I agree to be contacted in the future if necessary, by the school nurse to follow up on my child's medical diagnosis and treatment and to send a copy of the report with my child.

- I understand emergency treatment will be commenced by the school nurse in the event of an emergency.
- I understand that my child will be taken to a health center / hospital in the event of a medical emergency.

Vaccines play a vital role in prevention of infectious diseases as declared by the cabinet decree no. 14, therefore,

I agree for my child to receive the vaccinations according to the national immunization schedule.

If you disagree, please mention the reason: -----

For more information about the School Health Program and Vaccination, scan the QR code



School Name: _____ Grade/Section: _____

Guardian 's Signature: _____

Contact Number: _____

Date: _____

كريم مضاد للهستامين- للتخفيف من الحساسية الجلدية الخفيفة إلى المتوسطة.

الإبينفرين (عن طريق الحقن) - لعلاج ردود الفعل التحسسية الحادة.

بخاخ السالبوتامو (فينتولين) - للتحكم في أعراض الربو.

شامبو القمل - لعلاج القمل (يرسل مع الطالب إلى المنزل).

*ملاحظة: إذا كان طفلك معروفاً بإصابته بحساسية شديدة ولديه قلم إبينفرين (EpiPen) خاص به، يرجى إحضاره مع الطالب ليتم حفظه في عيادة المدرسة.

إن كافة البيانات المتعلقة بنتائج الفحوصات المدرسية سيتم استخدامها من قبل الجهات الصحية الحكومية بالدولة لدراسة نمط الأمراض في المجتمع، بهدف المساعدة في التخطيط للمبادرات الصحية الوطنية، علماً بأن جميع هذه البيانات سيتم التعامل معها بسرية تامة مع المحافظة على خصوصية المعلومات الشخصية. كما سيتم مراعاة خصوصية الطالب في جميع مراحل الفحص الطبي.

أنا (-----) (الوصي الموقع أدناه للطالب) (-----)، تلقيت معلومات كافية حول الفحص والغرض من إجراء هذا الفحص، وبالتالي:

- أنا أوافق على أن يتم الاتصال بي في المستقبل إذا لزم الأمر من قبل ممرضة المدرسة لمتابعة التشخيص الطبي والعلاج لابني وإرسال نسخة من التقرير معه.
- أقر بأن الممرضة المدرسية ستباشر العلاج الطارئ في حال وقوع حالة طارئة.
- أقر بأن طفلي سيتم نقله إلى مركز صحي / مستشفى في حال حدوث طارئ طبي.

نظراً للدور المهم الذي يلعبه تناول اللقاحات كنهج وقائي قوي للصحة العامة ضد مجموعة من الأمراض المعدية ووفقاً للقرار الوزاري رقم (14)،

فأنا أوافق على تلقي ابني/ابنتي على التطعيمات بحسب الجدول الوطني للتطعيمات.

في حال عدم الموافقة، يرجى ذكر السبب: -----

لمزيد من المعلومات حول برنامج الصحة المدرسية الشامل والتطعيمات، قم بمسح الرمز



اسم المدرسة _____ الصف _____

توقيع ولي الأمر _____

رقم التواصل _____

التاريخ _____

