

Circular for Grade 11 students

CircularNo:HB/AC/21.22/28

Date: 15/09/2021

Dear Parent,
Greetings!

As per the instructions from the “Ministry of Health” vaccinations (DT and meningococcal vaccine) will be administered in the school clinic to all the students of Grade 11 who have not received it till date.

It is compulsory to fill the details in the Consent and Pre-vaccination questionnaire form and submit the filled details along with the COVID VACCINATION CARD COPY (students who are COVID vaccinated) to the respective class teacher on or before 20th September 2021. The administration of these vaccines is free of cost.

For any clarification, please contact the school nurse on 067315151 - Ext -216 between 8am to 1pm.



Principal
Bala Reddy Ambati



School Health Program - Immunization Consent Form for Grade 11

Student's name:

Emirate ID number:

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 for students studying in grade 11

Table for important vaccines to be taken at grade 11:

Vaccine	Administration route	Grade
Conjugate Meningococcal Vaccine لقاح الحمى الشوكية المقترن	Injection حقنة	11
Tdap Vaccine الثلاثي اللافلوي	Injection حقنة	

☐ Yes, I do agree that my son / daughter can be vaccinated

If you would like to refuse taking vaccine for your son/ daughter please tick (✓) any of the following reasons:

- ☐ Because, he/ she received meningococcal vaccine in the last five years
(Please send an official prove for that)
- ☐ He/ she has a medical condition which prevents him / her from taking the vaccination now
(Please send an AUTHENTICATED report explaining the medical condition to the school nurse)
- ☐ Other reason please specify

Parent's / Guardian's Name..... Relationship:

Mobile phone no: Signature:

Date: / /

If you require any further queries, please contact the school nurse.

* As per ministerial decree no: (14) for 2014 where under paragraphs no: 21 & 24 the following must be fulfilled:

- Any parent/ guardian MUST accompany his/her child to the nearest vaccination service for taking recommended vaccines in line with the National Immunization Schedule for the UAE.
- The ONLY condition that could be considered as EXEMPTION from taking any vaccine is due to prove medical contra indication/ reason.



إستبيان ما قبل جرعة التطعيم Pre-vaccination Questionnaire

Student Name:	اسم الطالب / ة:
Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> انثى
Date of birth:	تاريخ الميلاد:
School Name :.....Class/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 اخر؟ 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؟ 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 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 أو اجسام مضادة أو 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 أية أمراض أو 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		

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

Notes: <ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> يرجى ارسال صورة عن بطاقة التطعيم (ما قبل دخول المدرسة) يرجى ارسال صورة عن أي تقارير طبية تتعلق بالطالب/ الطالبة وتتعارض 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: Parent's Signature: Date:	اسم ولي الامر: توقيع ولي الأمر: التاريخ:
--	--

For any inquiry: please communicate with the school nurse

للاستفسار: يرجى التواصل مع ممرض/ ممرضة المدرسة