



مدرسة هابيتات الخاصة
HABITAT SCHOOL

P.O. Box 8885, Al Tallah, Ajman, United Arab Emirates | Tel : +971 6 731 5353, +971 6 559 3959
E-mail : info@tallah.habitatschool.org | Website : tallah.habitatschool.org

Cir No: HBT ATH/GEN/51/24-25

Date: 05.11.2024

MMR VACCINATION CAMPAIGN

Dear Parent,

As per the instructions from the Ministry of Health, vaccinations for children aged 1 to 7 years (for Private School Pre-KG, KG 1, KG 2, and Grade 1) will be administered. This applies to both UAE nationals and UAE residents, regardless of their vaccination status or prior history of measles and rubella infection.

Please note that the MMR vaccination will not be administered to children aged 7 years and above.

We kindly request that you complete the Immunization Consent Form and send it with your child to the class teacher on or before 7th November 2024.

The administration of these vaccines is free of cost.

For any clarification, please contact the School Clinic.

Thank you for your cooperation.

Regards

Principal
Ms. Mariyam Nizar Ahamed

IMMUNIZATION CONSENT FORM اقرار الموافقة على إعطاء تطعيم	Name/ الاسم: MRN/National ID/ رقم الهوية الإماراتية: DOB/ تاريخ الميلاد: Sex/ الجنس:
Vaccination: MMR	التطعيم: الحصبة و النكاف و الحصبة الألمانية
By signing this consent, I hereby acknowledge that:	من خلال التوقيع على هذه الموافقة، أقر بما يلي:
1. All my questions have been answered to my satisfaction. 2. Why the vaccine is recommended. 3. I understand that the use of this vaccine might cause some side effects, ranging from some common reactions like injection site pain, fatigue, headache, muscle pain, chills, joint pain, fever, injection site swelling, injection site redness, nausea, malaise and lymphadenopathy. Generally, the mild symptoms subside without treatment. If experienced moderate to severe symptoms, then symptomatic treatment under the guidance of doctors is required 4. The vaccine will not prevent infection but minimize the risk of infection. 5. I understand that I understand that signing this form does not waive any of my medical and legal rights.	1. تمت الإجابة عن كافة أسئلتني بشكل يرضيني. 2. لماذا ينصح بأخذ اللقاح المذكور أعلاه. 3. أدرك أن استخدام هذا اللقاح قد يسبب آثارا جانبية تتراوح بين الآثار الجانبية الشائعة مثل آلام موقع الحقن، والتعب والصداع وآلام العضلات والقشعريرة وآلام المفاصل والحمى وتورم موقع الحقن واحمرار موقع الحقن والغثيان والشعور بالضيق واعتلال العقد اللمفية. عادة ما تزول الأعراض الخفيفة دون الحاجة إلى علاج. يتم إعطاء من يعانون من أعراض متوسطة أو شديدة علاجا تحت إشراف طبي 4. أفهم أن اللقاح لن يمنع العدوى ولكنه يقلل من خطر العدوى. 5. أفهم أن التوقيع على هذا النموذج لا يلغي أي من حقوقي الطبية والقانونية
<u>Please choose if any of the medical conditions apply to your child:</u>	الرجاء الاختيار من القائمة التالية ما ينطبق على طفلك:
<input type="checkbox"/> My child had a severe allergic reaction after a previous dose of MMR vaccine <input type="checkbox"/> My child known to have low immune system <input type="checkbox"/> My child is currently sick, please specify the symptoms <input type="checkbox"/> My child received recent (within 11 months) a blood product, please specify in the consent form <input type="checkbox"/> My child has history of low platelet <input type="checkbox"/> My child needs for skin testing for tuberculosis <input type="checkbox"/> My child has history of seizures <input type="checkbox"/> We have family history of seizure	<input type="checkbox"/> عانى طفلي من رد فعل تحسسي شديد بعد جرعة سابقة من لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية <input type="checkbox"/> طفلي تم تشخيصه طبيا بأنه يعاني من ضعف في جهاز المناعة <input type="checkbox"/> طفلي مريض حاليًا، يرجى تحديد الأعراض <input type="checkbox"/> حصل طفلي على منتج دم حديثاً (خلال 11 شهرًا)، يرجى تحديد النوعية <input type="checkbox"/> طفلي لديه تاريخ من انخفاض الصفائح الدموية <input type="checkbox"/> يحتاج طفلي إلى اختبار الجلد لمرض السل <input type="checkbox"/> طفلي لديه تاريخ من النوبات <input type="checkbox"/> لدينا تاريخ عائلي من النوبات
<input type="checkbox"/> Yes, I agree to vaccinate my child.	<input type="checkbox"/> نعم، أوافق على تطعيم طفلي.

If you choose not to vaccinate your child please add the reason:

.....
.....
.....

* **Important note:** If you choose not to vaccinate your child, please ensure to communicate with the school nurse and Provide the required documentation (medical report in case of medical reason)

إذا اخترت عدم تطعيم طفلك، فيرجى إضافة السبب:

.....
.....
.....

ملاحظة مهمة: إذا اخترت عدم تطعيم طفلك، فيرجى التأكد من التواصل مع ممرضة المدرسة وتقديم الوثائق المطلوبة (تقرير طبي في حالة وجود سبب طبي).

Client/ Parents/ Next of Kin Name:

اسم متلقي التطعيم/ ولي الأمر:

Relationship:

صلة القرابة:

Reason for signing on behalf of client:

السبب في التوقيع نيابة عن متلقي التطعيم:

Mobile Number:

رقم الهاتف:

Alternate Phone Number:

رقم الهاتف البديل:

Signature:

التوقيع:

Date:

التاريخ:

