



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 / KG/10/25-26

Date: 08/09/2025

MMR Vaccination Campaign for Pre-KG, KG1 & KG2 Students

Dear Parents,

As per the guidelines of the health authorities, the school clinic will be conducting an **MMR (Measles, Mumps, Rubella) vaccination campaign** for **Pre-KG, KG1, and KG2** students.

Important:

- Parents are requested to submit the vaccination card along with the signed consent form to the school on or before **15th September 2025**.
- **Students who do not submit these documents will not be given the vaccination.**

The consent form is attached with this circular. We request your kind cooperation to ensure the health and safety of all children.

Regards,

Principal

Mariyam Nizar Ahamed

<p>IMMUNIZATION CONSENT FORM</p> <p>إقرار الموافقة على إعطاء تطعيم</p>	<p>Name/ الاسم:</p> <p>MRN/National ID/ رقم الهوية الإماراتية:</p> <p>DOB/ تاريخ الميلاد:</p> <p>Sex/ الجنس:</p>
<p>Vaccination: MMR</p>	<p>التطعيم: الحصبة و النكاف و الحصبة الألمانية</p>
<p>By signing this consent, I hereby acknowledge that:</p>	<p>من خلال التوقيع على هذه الموافقة، أقر بما يلي:</p>
<ol style="list-style-type: none"> 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. تمت الإجابة عن كافة أسئلتني بشكل يرضيني. 2. لماذا ينصح بأخذ اللقاح المذكور أعلاه. 3. أدرك أن استخدام هذا اللقاح قد يسبب آثاراً 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 علاجاً 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 حقوقني الطبية والقانونية
<p><u>Please choose if any of the medical conditions apply to your child:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <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 	<p><u>الرجاء الاختيار من القائمة التالية ما ينطبق على طفلك:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <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 طبياً بأنه يعاني من ضعف في جهاز المناعة <input type="checkbox"/> طفلي مريض حالياً، يرجى تحديد الأعراض <input type="checkbox"/> حصل طفلي على منتج دم حديثاً (خلال 11 شهراً)، 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
<p><input type="checkbox"/> Yes, I agree to vaccinate my child.</p>	<p><input type="checkbox"/> نعم، أوافق على تطعيم طفلي.</p>

☐ 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:

