

Student's Name:..... School:..... Grade:..... Section:..... DOB:..... Nationality:..... Student's eSIS No:..... Emirates ID No:		اسم الطالب:..... المدرسة:..... الصف:..... الشعبة:..... تاريخ الميلاد:..... الجنسية:..... رقم الطالب المدرسي:..... رقم الهوية الإماراتية:.....										
The Ambulatory Healthcare Services-SEHA, a subsidiary of Pure Health will provide the MMR vaccine to students in the following grades and their equivalents in British Curriculum: <ul style="list-style-type: none"> • KG1 or equivalent to FS2 • KG2 or equivalent to Year 1 • Grade 1 or equivalent to Year 2 <input type="checkbox"/> I Agree to my child receiving the vaccine.		ستقوم إدارة الخدمات العلاجية الخارجية - صحة احدى منشآت بيور هيلث بإعطاء اللقاح الثلاثي الفيروسي للطلبة في المراحل الدراسية التالية، وما يعادلها في المنهاج البريطاني: <ul style="list-style-type: none"> • الروضة الأولى او ما يعادل روضة ثانية بريطاني • الروضة الثانية او ما يعادل سنة أولى بريطاني • الصف الأول او ما يعادل سنة ثانية بريطاني <input type="checkbox"/> أوافق على إعطاء إبني / ابنتي هذا التطعيم.										
I authorize the AHS vaccination nurse to administer epinephrine if my child experiences an anaphylactic reaction after receiving the vaccine, following best practices in vaccination in dealing with such cases.		كما انني أسمح لممرض / ممرضة التطعيم (الخدمات العلاجية الخارجية) بإعطاء ابني / ابنتي الابينيفرين في حالة حدوث رد فعل تحسسي شديد ناتج عن التطعيم، كما هو مطبق في أفضل الممارسات للتعامل مع حالات الحساسية.										
I will also inform the school nurse if my child has already received the MMR vaccine during the campaign, prior to the scheduled vaccination appointment at school.		كما سأبلغ ممرض / ممرضة المدرسة، في حال تم أخذ اللقاح الثلاثي الفيروسي خلال فترة تنفيذ الحملة وقبل موعد التطعيم في المدرسة.										
In case of agreement and to ensure safe vaccination, please answer the below questions:		في حال الموافقة وللتأكد من إعطاء التطعيم بشكل آمن، يرجى الإجابة على الأسئلة التالية:										
Yes	No	Questions:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>نعم</th> <th>لا</th> <th>الأسئلة:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>هل تعرض الطالب/ة لرد فعل تحسسي شديد (يهدد الحياة) بعد أخذ أي لقاح في الماضي أو من البيض أو النيومايسين أو غيرهما؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أذكر التفاصيل:</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>هل لدى الطالب/ الطالبة مرض يؤثر على جهاز المناعة مثل مرض السرطان أو يخضع/ تخضع لعلاج يؤثر على جهاز المناعة مثل العلاج الكيماوي أو الستيرويدات (مثل الكورتيزون)؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أذكر التفاصيل:</td> </tr> </tbody> </table>	نعم	لا	الأسئلة:			هل تعرض الطالب/ة لرد فعل تحسسي شديد (يهدد الحياة) بعد أخذ أي لقاح في الماضي أو من البيض أو النيومايسين أو غيرهما؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أذكر التفاصيل:			هل لدى الطالب/ الطالبة مرض يؤثر على جهاز المناعة مثل مرض السرطان أو يخضع/ تخضع لعلاج يؤثر على جهاز المناعة مثل العلاج الكيماوي أو الستيرويدات (مثل الكورتيزون)؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أذكر التفاصيل:
نعم	لا	الأسئلة:										
		هل تعرض الطالب/ة لرد فعل تحسسي شديد (يهدد الحياة) بعد أخذ أي لقاح في الماضي أو من البيض أو النيومايسين أو غيرهما؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أذكر التفاصيل:										
		هل لدى الطالب/ الطالبة مرض يؤثر على جهاز المناعة مثل مرض السرطان أو يخضع/ تخضع لعلاج يؤثر على جهاز المناعة مثل العلاج الكيماوي أو الستيرويدات (مثل الكورتيزون)؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أذكر التفاصيل:										
<input type="checkbox"/> I disagree with my child being vaccinated		<input type="checkbox"/> لا أوافق على إعطاء ابني / ابنتي التطعيم										
Please specify the reason:		الرجاء ذكر السبب:										
I understand that the medical record is a confidential document. Reporting of medical information to other entities is subject to DOH data management and standards requirements policy.		إن الملف الصحي وثيقة سرية. يخضع الإبلاغ عن المعلومات الطبية إلى الجهات الأخرى لسياسة إدارة البيانات ومتطلبات دائرة الصحة في إمارة أبوظبي.										
Parent's / Guardian's Name:		اسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي:										
Signature:		التوقيع:										
Relation:		صلة القرابة:										
Date:		التاريخ:										
Tel. #:		رقم الهاتف:										