

- Electronic copy is controlled under document control procedure. Hard copy is uncontrolled & under responsibility of beholder.
- It is allowed ONLY to access and keep this document with who issued, who is responsible and to whom it is applicable.
- Information security code:
☐ Open ☐ Confidential ☐ Sensitive ☐ Secret

- النسخة الإلكترونية هي النسخة المضبوطة وفق إجراء ضبط الوثائق. النسخ الورقية غير مضبوطة وتقع على مسؤولية حاملها.
- يسمح بالوصول وبالاتفاظ بهذه الوثيقة مع مصدرها أو مع المسؤول عن تطبيقها أو مع المطبق عليهم.
- تصنيف امن المعلومات:
☐ بيانات مفتوحة ☒ مشارك - خاص ☐ مشارك - حساس ☐ مشارك - سري

Public Health Protection Department- School Health Section
School Vaccination Consent Form

إدارة حماية الصحة العامة - قسم الصحة المدرسية
نموذج الموافقة على إعطاء التطعيمات المدرسية

Section A: This section should be filled by School Doctor/Nurse

قسم أ: يعبأ هذا القسم من قبل طبيب/ممرض المدرسة

Student's Full Name: -----
Gender: ----- Emirates ID: -----
DOB: ----- Grade/Year: -----
School Name: -----

الاسم (الكامل) للطالب/الطالبة: -----
الجنس: ----- رقم الهوية: -----
تاريخ الميلاد: ----- الصف/المرحلة الدراسية: -----
اسم المدرسة: -----

Due Vaccines

اللقاحات المستحقة

According to the National Immunization Program, the student is due for the below marked vaccines as recommended by Dubai Health Authority.

وفقاً للبرنامج الوطني للتحصين، من المقرر أن يحصل الطالب على جرعات التطعيمات الموضحة أدناه حسب التوصيات المعمول بها من قبل هيئة الصحة بدبي.

Vaccination administration Date:-----

تاريخ إعطاء التطعيم:-----

Vaccine	Dose No. الجرعة	مستحق/Due	اللقاح
Hepatitis B vaccine		<input type="checkbox"/>	لقاح التهاب الكبد الفيروسي ب
MMR (Measles, Mumps, Rubella)		<input type="checkbox"/>	لقاح الحصبة، الحصبة الألمانية، النكاف
DTaP-IPV Vaccine (Diphtheria, Tetanus, acellular Pertussis and Inactivated Polio Vaccine)		<input type="checkbox"/>	اللقاح الرباعي DTaP-IPV (الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي والشلل الأطفال المعطل)
OPV Vaccine (Oral Polio Vaccine)		<input type="checkbox"/>	لقاح شلل الأطفال الفموي
Varicella Vaccine		<input type="checkbox"/>	لقاح الجدري المائي
HPV (Human Papillomavirus) Vaccine		<input type="checkbox"/>	لقاح فيروس الورم الحليمي البشري
Tdap Vaccine (Tetanus, diphtheria, acellular pertussis)		<input type="checkbox"/>	اللقاح الثلاثي Tdap (الكزاز والدفتيريا والسعال الديكي والشلل)
Meningococcal Vaccine		<input type="checkbox"/>	لقاح الحمى الشوكية

Section B: Informed Consent for vaccination administration

قسم ب: إقرار الموافقة على إعطاء التطعيم

This part to be filled & signed by parents or guardians only

يعبأ و يوقع الجدول أدناه من قبل ولي الأمر أو الوصي الشرعي فقط

☐ I agree to vaccinate with the vaccines marked above ☐ أوافق على إعطاء التطعيمات المشار إليها أعلاه

ID	Issue#	Issue Date	Effective Date	Revision Date	Page#
CP_6.2.13_F07	02	29/11/2023	29/11/2023	29/11/2026	1/1

- Electronic copy is controlled under document control procedure. Hard copy is uncontrolled & under responsibility of beholder.
- It is allowed ONLY to access and keep this document with who issued, who is responsible and to whom it is applicable.
- Information security code:
☐ Open ☐ Confidential ☐ Sensitive ☐ Secret

- النسخة الإلكترونية هي النسخة المضبوطة وفق إجراء ضبط الوثائق. النسخ الورقية غير مضبوطة وتقع على مسؤولية حاملها.
- يسمح بالوصول وباحتفاظ بهذه الوثيقة مع مصدرها أو مع المسؤول عن تطبيقها أو مع المطبق عليهم.
- تصنيف امن المعلومات:
☐ بيانات مفتوحة ☒ مشارك - خاص ☐ مشارك - حساس ☐ مشارك - سري

Public Health Protection Department- School Health Section
School Vaccination Consent Form

إدارة حماية الصحة العامة - قسم الصحة المدرسية
نموذج الموافقة على إعطاء التطعيمات المدرسية

☐ I disagree to administer the vaccines marked above:

If disagree for vaccination, please state the reason:

- ☐ Vaccination dose marked above has been administered previously; (please provide the proof).
- ☐ Medical condition that prevents from being vaccinated currently (please provide a medical exemption report from the treating physician)
- ☐ Other reason (please specify).....
- ☐ The school medical staff has been provided with an updated immunization record for my son/daughter

☐ لا أوافق على إعطاء التطعيمات المشار إليها أعلاه:

في حال عدم الموافقة، يرجى ذكر السبب:

- ☐ تم أخذ جرعة التطعيم المشار إليها أعلاه مسبقاً (يرجى إرسال ما يثبت ذلك إلى عيادة المدرسة)
- ☐ وجود موانع طبية للتطعيم حالياً (يرجى إرسال تقرير يوضح المانع الطبي من قبل الطبيب المعالج)
- ☐ سبب آخر (الرجاء التحديد)
- ☐ تم تزويد الطاقم الطبي في المدرسة بسجل التحصينات المحدث الخاص بابني/ابنتي

Parent's / Guardian's Name:		اسم ولي الأمر / الوصي الشرعي:	
Relation:		صلة القرابة:	
Signature Parent's / Guardian's:		توقيع ولي الأمر / الوصي الشرعي:	
Phone No:	Date:	رقم الهاتف:	التاريخ:

If there are any queries, please contact the school doctor or nurse

في حال وجود أي استفسار الرجاء التواصل مع طبيب أو ممرض المدرسة

ID	Issue#	Issue Date	Effective Date	Revision Date	Page#
CP_6.2.13_F07	02	29/11/2023	29/11/2023	29/11/2026	2/1