هذا المستند مترجم إلى عدة لغات، يرجى قلب الصفحة .

ترخيص لإعطاء اللقاحات الاستدراكية

للأطفال الوافدين حديثًا

لقاح الحصبة والحصبة الألمانية والنكاف (MMR) بين سن 7 و18 سنة، اللقاحات المعنية هي:
إذا كانت ناقصة، ACWY ولقاح الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي (وشلل الأطفال)، ولقاح المكورات السحائية.

1. معلومات عن الطفل

اسم الطفل ولقبه: .....
تاريخ الميلاد: ..... / ..... / .....
بلد الميلاد: .....
تاريخ الوصول إلى بلجيكا: .....
المدرسة: .....
الصف: .....
رقم السجل الوطني للطفل أو ملصق التأمين الصحي (Mutualité): .....
هل يتناول طفلك أدوية يوميًا بسبب مشكلة صحية؟
☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة نعم، فما اسم الدواء أو الأدوية؟ .....
هل لدى طفلك حساسية تجاه طعام أو دواء؟
إذا كانت الإجابة نعم، فما هو/ما هي؟ .....

2. التلقيح

هل تلقى طفلي لقاحات في بلد ميلاده
☐ أو في بلد آخر (قبل وصوله إلى بلجيكا؟: .....)
☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة نعم، حتى أي سن؟ ..... سنة ←

هل تلقى طفلي لقاحات في بلجيكا؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة نعم، ما هي اللقاحات؟ ←
.....

3. بطاقة التلقيح

يرجى إرفاق نسخة من بطاقة التلقيح أو من صفحات «التلقيح» في الدفتر الصحي للطفل (حتى إن لم تكن مكتوبة بالفرنسية).

☐ نعم، لدي بطاقة تلقيح

سيتحقق الفريق الطبي في المدرسة من بطاقة تلقيح طفلك قبل إعطائه اللقاح.

☐ لا، ليست لدي بطاقة تلقيح

4. اختر خيارًا واحدًا (ضع علامة في مربع واحد)

☐ **نعم، أُرخّص للفريق الطبي في المدرسة باستكمال اللقاحات الناقصة لطفلي مجانًا.**

☐ **لا، لا أرغب في تلقيح طفلي.**

اسم الوالدين (أو المسؤول عن التلميذ): .....
هاتف الوالدين ..... / ..... أو: ..... / .....
البريد الإلكتروني للوالدين (أو المسؤول عن التلميذ): .....

التاريخ: ..... / ..... / .....

التوقيع