SPSE UCLouvain 5541
Centre de Santé UCLouvain asbl

TELAFİ AŞILARI İÇİN İZİN FORMU

ülkeye yeni gelen çocuklar için

7-18 yaş arasında söz konusu aşılar şunlardır: Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK), Difteri-Tetanoz-Boğmaca-(Çocuk Felci) ve eksikse meningokok ACWY aşısı.

1. ÇOCUK HAKKINDA BİLGİLER

Çocuğun soyadı ve adı: .....
Doğum tarihi: ..... / ..... / .....
Doğduğu ülke: .....
Belçika'ya geliş tarihi: .....
Okul: .....
Sınıf: .....
Çocuğun ulusal kayıt numarası VEYA sağlık sigortası etiketi: .....
Çocuğunuz bir sağlık sorunu nedeniyle her gün ilaç kullanıyor mu?
☐ Evet ☐ Hayır
Evet ise hangi ilaç(lar)? (adlarını yazınız): .....
Çocuğunuzun herhangi bir yiyeceğe veya ilaca alerjisi var mı?
Evet ise hangisine/hangilerine? .....

2. AŞILAMA

Çocuğum Belçika'ya gelmeden önce doğduğu ülkede (veya başka bir ülkede: .....) aşı oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır
→ Evet ise, kaç yaşına kadar? ..... yaş

Çocuğum Belçika'da aşı oldu: ☐ Evet ☐ Hayır
→ Evet ise, hangi aşılar?
.....

3. AŞI KARTI

Lütfen çocuğunuzun aşı kartının veya sağlık karnesindeki «aşılama» sayfalarının bir kopyasını ekleyiniz (Fransızca olmasa bile).

☐ Evet, aşı kartım var

Okulun sağlık ekibi, çocuğunuzu aşılamadan önce aşı kartını kontrol edecektir.

☐ Hayır, aşı kartım yok

4. BİR SEÇENEK SEÇİNİZ (bir kutuyu işaretleyiniz)

☐ EVET, okulun sağlık ekibinin çocuğumun eksik aşılarını ücretsiz olarak tamamlamasına izin veriyorum.

☐ HAYIR, çocuğumun aşılanmasını istemiyorum.

Ebeveyn(ler)in (veya öğrenciden sorumlu kişinin) adı: .....

Ebeveynlerin telefonu: ..... / ..... VEYA ..... / .....
Ebeveynlerin (veya öğrenciden sorumlu kişinin) e-postası: .....

Tarih: ..... / ..... / .....

İmza