SPSE UCLouvain 5541
Centre de Santé UCLouvain asbl

Цей документ перекладено кількома мовами. Будь ласка, перегорніть сторінку.

ДОЗВІЛ НА НАДОЛУЖУВАЛЬНУ ВАКЦИНАЦІЮ

для дітей, які нещодавно прибули

Для дітей віком від 7 до 18 років йдеться про такі вакцини: кір-краснуха-паротит (КПК), дифтерія-правець-кашлюк-(поліомієліт) та вакцина проти менінгокока ACWY, якщо якихось щеплень бракує.

1. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДИТИНУ

Прізвище та ім'я дитини: .....
Дата народження: ..... / ..... / .....
Країна народження: .....
Дата прибуття до Бельгії: .....
Школа: .....
Клас: .....
Номер у національному реєстрі дитини АБО наліпка медичної страхової каси: .....
Чи приймає ваша дитина щодня ліки через проблеми зі здоров'ям?
☐ Так ☐ Ні
Якщо так, які саме ліки? (вкажіть назви): .....
Чи має ваша дитина алергію на будь-які продукти харчування або ліки?
Якщо так, на які саме? .....

2. ВАКЦИНАЦІЯ

Моя дитина отримувала щеплення у країні народження (або в іншій країні: .....) до прибуття в Бельгію? ☐ Так ☐ Ні
→ Якщо так, до якого віку? ..... років

Моя дитина отримувала щеплення в Бельгії: ☐ Так ☐ Ні
→ Якщо так, які саме вакцини?
.....

3. КАРТКА ЩЕПЛЕНЬ

Будь ласка, додайте копію картки щеплень або сторінок «вакцинація» з медичної книжки вашої дитини (навіть якщо вони не французькою мовою).

☐ Так, у мене є картка щеплень

Медична команда школи перевірить картку щеплень вашої дитини перед вакцинацією.

☐ Ні, у мене немає картки щеплень

4. ОБЕРІТЬ ОДИН ВАРІАНТ (позначте одну клітинку)

☐ ТАК, я дозволяю медичній команді школи безкоштовно зробити моїй дитині відсутні щеплення.

☐ НІ, я не хочу, щоб мою дитину вакцинували.

Ім'я та прізвище батьків (або відповідальної за учня особи): .....

Телефон батьків: ..... / ..... АБО ..... / .....
Електронна пошта батьків (або відповідальної за учня особи): .....

Дата: ..... / ..... / .....

Підпис