SPSE UCLouvain 5541
Centre de Santé UCLouvain asbl

ترخيص لإعطاء اللقاحات الاستدراكية

لتلاميذ السنة الثانية من التعليم الابتدائي

اللقاحات المعنية: الحصبة والحصبة الألمانية والنكاف (MMR)، وشلل الأطفال (وشلل الديكي والكزاز والسعال الديكي والدفتيريا)، ولقاح المكورات السحائية ACWY، إذا كانت ناقصة.*

1. معلومات عن الطفل

اسم الطفل ولقبه: .....
تاريخ الميلاد: ..... / ..... / .....
بلد الميلاد: .....
تاريخ الوصول إلى بلجيكا (فقط إذا وُلد طفلك في الخارج): .....
المدرسة: .....
الصف: .....
رقم السجل الوطني للطفل أو ملصق التأمين الصحي: .....
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

☐ وُلد طفلي في بلجيكا وتلقى اللقاحات الموصى بها منذ الولادة.
☐ نعم ☐ لا ← إذا كانت الإجابة نعم، حتى أي سن؟ ..... سنة ☐
☐ تلقى طفلي لقاحات في بلد ميلاده (أو في بلد آخر: .....).
☐ نعم ☐ لا ← إذا كانت الإجابة نعم، ما هي اللقاحات؟ .....
☐ لم يتلق طفلي لقاحات أو لا تتوفر لدي هذه المعلومات.

3. بطاقة التلقيح

يرجى إرفاق نسخة من بطاقة التلقيح أو من صفحات «التلقيح» في الدفتر الصحي لطفلك (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 (*). إذا كان طفلك يحتاج إلى 3 لقاحات، فسيُعطى لقاحان أثناء الفحص الصحي، وسيُقترح موعد لإعطاء اللقاح الثالث.)

☐ لا، لا أرغب في تلقيح طفلي.

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

التوقيع