SPSE UCLouvain 5541
Centre de Santé UCLouvain asbl

TELAFİ AŞILARI İÇİN İZİN FORMU

ilkokul 2. sınıf öğrencileri

Söz konusu aşılar: 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 (yalnızca çocuğunuz yurt dışında doğduysa): .....
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'da doğdu ve doğumundan beri önerilen aşıları oldu.
☐ Evet ☐ Hayır → Evet ise, kaç yaşına kadar? ..... yaş
☐ Çocuğum doğduğu ülkede (veya başka bir ülkede: .....) aşı oldu.
☐ Evet ☐ Hayır → Evet ise, hangi aşılar?
.....
☐ Çocuğum aşı olmadı veya bu bilgiye sahip değilim.

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 tamamlamasına izin veriyorum. (* Çocuğunuzun 3 aşıya ihtiyacı varsa, sağlık değerlendirmesinde 2 aşı yapılacak; 3. aşı için randevu verilecektir.)

☐ HAYIR, çocuğumun aşılanmasını istemiyorum.

1. Ebeveyn(ler)in (veya öğrenciden sorumlu kişinin) adı: .....
2. Ebeveynlerin telefonu: ..... / ..... VEYA ..... / .....
3. E-posta: .....
4. Tarih: ..... / ..... / .....

İmza