SPSE UCLouvain 5541
Centre de Santé UCLouvain asbl

ДОЗВІЛ НА НАДОЛУЖУВАЛЬНУ ВАКЦИНАЦІЮ

для учнів 2-го класу початкової школи

Вакцини: кір-краснуха-паротит (КПК), дифтерія-правець-кашлюк-(поліомієліт) та менінгокок ACWY, якщо якихось щеплень бракує.*

1. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДИТИНУ

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

2. ВАКЦИНАЦІЯ

☐ Моя дитина народилася в Бельгії та отримувала рекомендовані щеплення від народження.
☐ Так ☐ Ні → Якщо так, до якого віку? ..... років
☐ Моя дитина отримувала щеплення у країні народження (або іншій країні: .....).
☐ Так ☐ Ні → Якщо так, які саме вакцини?
.....
☐ Моя дитина не отримувала щеплень або я не маю цієї інформації.

3. КАРТКА ЩЕПЛЕНЬ

Будь ласка, додайте копію картки щеплень або сторінок «вакцинація» з медичної книжки дитини (навіть якщо вони не французькою мовою).
☐ Так, у мене є картка щеплень
Медична команда школи перевірить картку щеплень 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. (* Якщо потрібно 3 вакцини, 2 буде введено під час медогляду; для 3-ї запропонують окремий прийом.)

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

Ім'я та прізвище батьків (або відповідальної за учня особи):
.....
Телефон батьків: ..... / ..... АБО ..... / .....
Електронна пошта:
.....
Дата: ..... / ..... / .....

Підпис