

Student's Name: _____
 School: _____ Grade: _____ Section: _____
 DOB: _____ Sex: Male ☐ Female ☐
 Nationality: _____

اسم الطالب/ة: _____
 المدرسة: _____ الصف: _____ الشعبة: _____
 تاريخ الميلاد: _____ الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐
 الجنسية: _____

The School Health Services / Ambulatory Healthcare Services-SEHA, a subsidiary of Pure Health will provide the students with the Flu vaccine as recommended by the Department of Health (DOH) and Abu Dhabi Public Health Center (ADPHC) as per the below:

For students younger than 9 years of age:

- One dose will be given if the vaccine was given previously **OR**
- Two doses will be given if the vaccine was not given previously (4 weeks apart)

For students 9 years of age and above: 1 dose only will be given.

سوف تقوم إدارة الصحة المدرسية / الخدمات العلاجية الخارجية – صحة احدى منشآت بيور هلت بإعطاء لقاح الأنفلونزا حسب توصيات دائرة الصحة في أبوظبي ومركز أبوظبي للصحة العامة وذلك وفقا لما يلي.

- جرعة واحدة في حال تم إعطاء التطعيم سابقا **أو**
- جرعتين في حال لم يتم إعطاء التطعيم سابقا (بفارق 4 اسابيع بينهما)

للطلاب 9 سنوات من العمر وما فوق : سوف يتم إعطاء جرعة واحدة فقط

☐ I agree with my child being vaccinated.

I authorize the AHS/SHS vaccination nurse to administer epinephrine in case of anaphylactic reaction after vaccination as recommended by DOH

I will also inform the school nurse, in case I vaccinate my child with Flu vaccine before the school vaccination scheduled date

☐ أوافق على إعطاء إبني / ابنتي هذا التطعيم.

كما انني أسمح لممرض / ممرضة التطعيم (الصحة المدرسية / الخدمات العلاجية الخارجية) بإعطاء إبني / ابنتي الابينيفرين في حالة الحساسية المفرطة الناتجة عن التطعيم كما هو موصى به من قبل دائرة الصحة / أبوظبي

كما سأبلغ ممرضة المدرسة ، في حال تم تطعيم طفلي بلقاح الأنفلونزا قبل الموعد المحدد للتفويض المدرسي

In case of approval, and to ensure safe vaccination, Please complete the following checklist

في حال الموافقة وللتأكد من إعطاء التطعيم بشكل آمن، يرجى الإجابة على الأسئلة التالية:

Questions	Yes	No	أسئلة	لا	نعم
Did the student have any anaphylaxis reaction following any vaccination in the past?			هل عانى الطالب/ة من الحساسية المفرطة بعد أخذ أى لقاح في الماضي؟		
Does the student have a known history of a severe, life threatening allergic reaction (e.g., anaphylactic reaction) to eggs or neomycin?			هل تعرض الطالب/ة لرد فعل تحسسي شديد (يهدد الحياة) من او غيرها؟ البيض أو النيومييسين		
Does the student have history of Guillain-Barre syndrome?			هل تعرض الطالب لمتلازمة غيلين – باري في الماضي؟		

☐ I disagree with my child being vaccinated

☐ لا اوافق على إعطاء إبني / ابنتي التطعيم

I understand that the medical record is a confidential document. Reporting of medical information to other entities is subject to DOH data management and standards requirements policy.

إن الملف الصحي وثيقة سرية. يخضع الإبلاغ عن المعلومات الطبية إلى الجهات الأخرى لسياسة ادارة البيانات ومتطلبات دائرة الصحة في اماره أبوظبي.

Parent's / Guardian's Name:
 Signature:
 Relation:
 Date:
 Tel. #:

اسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي:
 التوقيع:
 صلة القرابة:
 التاريخ:
 رقم الهاتف: