

## خطة العمل الخاصة بأخذ اللقاحات

بمقتضى مدونة قوانين ولاية فرجينيا، على جميع الطلاب الحصول على لقاحات ضد أمراض معينة قبل التحاقهم بمدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية (FCPS).

لقد أظهرت مراجعة لسجل الطالب عدم حصوله على بعض اللقاحات أو أن الفترات الزمنية الفاصلة بين أخذ اللقاحات غير صحيحة.

يمكن للطلاب المستوفين معايير الإعفاء الطبي أو الديني من اللقاحات المطلوبة تقديم إحدى الوثائق التالية إلى المدرسة:

- إفادة خطية مقدمة من الجهة المقدمة للرعاية الصحية توضح إعفاء الطالب من حصوله على اللقاح بشكل مؤقت أو دائم.
- **إستمارة إعفاء ديني** موثقة تعترض على إعطاء اللقاحات على أساس أن هذا الأمر يتعارض مع معتقداته أو ممارساته الدينية.

وفقاً **للائحة التنظيمية 2017** في مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية FCPS، إذا لم تتمكن من الحصول على اللقاحات المطلوبة في غضون 90 يوماً من تسجيل الطالب المشروط في المدرسة، فسيتم وضع خطة لإكمال أخذ اللقاحات. يرجى إكمال وتقديم الخطة أدناه إلى

في مدرسة الطالب \_\_\_\_\_  
 (Name of SIA/Registrar) (School)

يرجى الاتصال بـ \_\_\_\_\_ على \_\_\_\_\_ في حالة وجود أية أسئلة أو إذا كنتم بحاجة إلى المزيد من المساعدة.  
 (Name of SIA/Registrar) (email/phone number)

اسم الطالب (الأول، الأخير):	تاريخ ميلاد الطالب:	رقم هوية الطالب:	اسم المدرسة:
هذا تأكيد على أن الطالب سيأخذ اللقاحات وفقاً للخطة المذكورة أدناه. يجب أن أقدم لمدرسة الطالب سجل محدث للقاحات في غضون ثلاثة أيام من حصول الطالب على اللقاحات. أنا أفهم بأنه سيتم إبعاد الطالب من المدرسة في حال عدم حصوله على اللقاحات وتوفير السجلات.			
تاريخ (تواريخ) المواعيد: _____			
<input type="checkbox"/> تم الإبلاغ عن المواعيد المحددة لأخذ اللقاحات شفهيًا من قبل الوالدين/الوصي الشرعي في _____ وتمت الإشارة إلى ذلك في خطة العمل من قبل. _____ (Date) (Staff Member/Title)			
<b>اللقاح (اللقاحات) التي سيتم إعطائها للطالب في الموعد (المواعيد) أعلاه:</b>			
<input type="checkbox"/> الخناق/السعال الديكي/الكرزاز (DTaP/DT/TD)	<input type="checkbox"/> الحمق (جديري الماء)	<input type="checkbox"/> شلل الأطفال (IPV)	<input type="checkbox"/> جرعة منشطة من لقاحات الخناق/السعال الديكي/الكرزاز (Tdap)
<input type="checkbox"/> التهاب الكبد من نوع A (Hepatitis A)	<input type="checkbox"/> التهاب الكبد من نوع B (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/> التهاب المكورات السحائية (MenACWY)	<input type="checkbox"/> الحصبة/النكاف/الحصبة الألمانية (MMR)
<input type="checkbox"/> لقاح فيروس الورم الحليمي البشري (HPV)*	*يجوز لولي أمر الطالب أو الوصي الشرعي وفقاً لتقديره الخاص اختيار عدم حصول الطالب على سلسلة لقاحات HPV. غير مطلوب تقديم إثبات على أخذ اللقاح أو الإعفاء من أخذه.		
اسم الطبيب المقدم للرعاية الصحية:	رقم هاتف الطبيب المقدم للرعاية الصحية:		
اسم ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي (الكتابة بوضوح):	*توقيع ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي:		*التاريخ:

\* يمكن لولي أمر الطالب/الوصي الشرعي تزويدنا بمواعيد أخذ اللقاحات شفهيًا وتدوين ذلك على خطة العمل من قبل أحد موظفي مدارس FCPS. سيحتفظ مكتب معلومات الطلاب SIA/ مكتب إدارة الضمان الإجتماعي SSA/ موظف التسجيل في المدرسة بهذه الإستمارة مع المعلومات الصحية في الملف التراكمي للطالب.