

# 免疫接种行动计划

维州法典要求所有学生要对某些疾病进行免疫接种，才能入读费郡公立学校(FCPS)。

在对您学生的记录进行审查后，发现存在免疫接种缺失或间隔不正确的情况。

如果学生符合基于医疗或宗教原因资格而豁免疫苗接种的要求，那么可向学校提交以下其中一项：

- 一位医疗保健提供者的书面陈述，说明学生因医疗原因而永久或临时性免于接种。
- 一份经过公证的[基于宗教原因而免于接种表格](#)，说明基于疫苗接种与其宗教信条或习俗相抵触，而反对给学生实施免疫接种。

根据费郡公立学校[第2107项规章](#)，如果您无法在有条件注册后的90天内获得所要求的免疫接种，我们将制定免疫完成计划。请填写并将以下计划表并交至在您 \_\_\_\_\_ 的 \_\_\_\_\_

(School)

(Name of SIA/Registrar)

如果您有任何问题或需要更多帮助，请与 \_\_\_\_\_ 联系，联系方式是 \_\_\_\_\_。

(Name of SIA/Registrar)

(email/phone number)

学生姓名（名，姓）：	学生出生日期：	学生学号：	学校：										
<p>谨此证明我的学生将根据下面所列计划接种疫苗。在接种疫苗三天内，我必须向我学生的学校提供一份更新的免疫记录。我知道，如果没有疫苗接种和记录，我的孩子将不能来学校上学。</p>													
<p>预约日期： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 接种日期是由家长/监护人在 _____ 口头提供，并由 _____</p> <p style="text-align: center;">(Date) <span style="margin-left: 200px;">(Staff Member/Title)</span></p> <p>在行动计划上作了说明。</p>													
<p>在以上预约日期将接种的疫苗：</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 白喉、百日咳、破伤风(DTaP/Dt/Td)</td> <td style="width:50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 水痘(鸡痘)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 脊髓灰质炎病毒 (IPV)</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 白喉、百日咳、破伤风加强针 (Tdap)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 甲型肝炎</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 脑膜炎球菌(MenACWY)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 乙型肝炎</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 麻腮风 (MMR)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 人乳头瘤病毒(HPV) *</td> </tr> </table> <p><small>*家长或监护人可自行决定选择不接受人乳头瘤病毒(HPV)系列疫苗。不需要疫苗证明或豁免文件。</small></p>				<input type="checkbox"/> 白喉、百日咳、破伤风(DTaP/Dt/Td)	<input type="checkbox"/> 水痘(鸡痘)	<input type="checkbox"/> 脊髓灰质炎病毒 (IPV)	<input type="checkbox"/> 白喉、百日咳、破伤风加强针 (Tdap)	<input type="checkbox"/> 甲型肝炎	<input type="checkbox"/> 脑膜炎球菌(MenACWY)	<input type="checkbox"/> 乙型肝炎	<input type="checkbox"/> 麻腮风 (MMR)	<input type="checkbox"/> 人乳头瘤病毒(HPV) *	
<input type="checkbox"/> 白喉、百日咳、破伤风(DTaP/Dt/Td)	<input type="checkbox"/> 水痘(鸡痘)												
<input type="checkbox"/> 脊髓灰质炎病毒 (IPV)	<input type="checkbox"/> 白喉、百日咳、破伤风加强针 (Tdap)												
<input type="checkbox"/> 甲型肝炎	<input type="checkbox"/> 脑膜炎球菌(MenACWY)												
<input type="checkbox"/> 乙型肝炎	<input type="checkbox"/> 麻腮风 (MMR)												
<input type="checkbox"/> 人乳头瘤病毒(HPV) *													
医疗保健提供者姓名：		医疗保健提供者的电话号码：											
家长/监护人姓名 (大写)：		*家长/监护人签字：	*日期：										

**\*接种日期可由家长/监护人口头提供，并由费郡公立学校工作人员在计划中注明。**

学校的学生信息助理/学生服务部助理/注册员将在学生的累积文件夹的健康部分保存此表格。