

حفاظتی ٹیکوں کا ایکشن پلان

کوڈ آف ورجینیا کی رُو سے تمام طلبا و طالبات کیلئے ، لازمی ہے کہ فیئرفیکس کاؤنٹی پبلک اسکولز (FCPS) میں داخل ہونے سے پہلے ، انہیں چھوت کی بعض بیماریوں کے حفاظتی ٹیکے لگ چکے ہوں ۔

آپ کے طالب علم کے ریکارڈ کے جائزہ سے معلوم ہوتا ہے کہ بعض حفاظتی ٹیکے چھوٹ گئے ہیں یا غلط وقفوں سے لگائے گئے ہیں ۔ وہ طالب علم جو ضروری حفاظتی ٹیکوں کے لیے طبی یا مذہبی چھوٹ کے پیمانے پر پورا اُترتے ہیں وہ اسکول میں درج ذیل میں سے ایک جمع کرا سکتے ہیں:

• معالج کی طرف سے مستقل یا عارضی طبی استثنیٰ کے متعلق تحریری بیان ۔

• ایک نوٹری پبلک سے تصدیق شدہ مذہبی استثنیٰ کا فارم [Religious Exemption Form](#) جو اپنے مذہبی اصولوں یا طور طریقوں سے متصادم ہونے کی وجہ سے حفاظتی ٹیکے لگانے پر اعتراض کرتا ہے ۔

ایف سی پی ایس کے [ریگولیشن 2107](#) کے مطابق ، اگر آپ مشروط انرولمنٹ کے 90 دن کی مدت میں مطلوبہ حفاظتی ٹیکے نہیں لگوا سکتے تو ، تکمیل کا ایک منصوبہ بنایا جائے گا ۔

براہ مہربانی نیچے دینے گئے منصوبے کو مکمل کیجیے اور _____ (Name of SIA/Registrar) کے پاس اپنے اسکول _____ (School) میں جمع کرائیے ۔

براہ مہربانی _____ (Name of SIA/Registrar) سے _____ (email/phone number) پر رابطہ کیجیے ، اگر آپ کوئی سوالات یا خدشات کا اظہار کرنا چاہتے ہیں ۔

طالب علم / طالبہ کا نام (پہلا ، آخری):	طالب علم / طالبہ کی تاریخ پیدائش:	طالب علم / طالبہ کی آئی ڈی:	اسکول:
اس بات کی تصدیق کی جاتی ہے کہ میرے طالب علم کو ذیل میں بیان کردہ منصوبے کے مطابق ویکسین لگا دی جائے گی ۔ مجھے اپنے طالب علم کے اسکول کو حفاظتی ٹیکے لگوانے کے تین دن کے اندر اندر حفاظتی ٹیکوں کا تازہ ترین ریکارڈ دینا ہوگا ۔ میں سمجھتا ہوں کہ حفاظتی ٹیکوں اور ریکارڈ کے بغیر ، میرے بچے کو اسکول سے الگ کر دیا جائے گا ۔			
اپوائنٹمنٹ کی تاریخ (تاریخیں): _____			
<input type="checkbox"/> والدین / سرپرست کی جانب سے ویکسینیشن کی اپوائنٹمنٹ کی تاریخوں کے بارے میں زبانی طور پر _____ آگاہ کیا گیا اور _____ نے ایکشن پلان پر نوٹ کیا گیا (Date) (Staff Member/Title)			
ویکسین (ویکسینز) جو مندرجہ بالا اپوائنٹمنٹس میں لگائے جائیں گے:			
<input type="checkbox"/> خناق ، کالی کھانسی ، تشنج (DTaP/Dt/Td)	<input type="checkbox"/> ویرسیلا (چکن پاکس)	<input type="checkbox"/> خناق ، کالی کھانسی ، تشنج بوسٹر (Tdap)	<input type="checkbox"/> بیپٹائٹس A
<input type="checkbox"/> بیپٹائٹس B	<input type="checkbox"/> خسرہ ، کن پھیڑ ، روبیلا (MMR)	<input type="checkbox"/> گردن توڑ بخار (MenACWY)	<input type="checkbox"/> بیپٹائٹس B
<input type="checkbox"/> انسانی پپیلوما وائرس * (HPV)			
* والد/ والدہ یا سرپرست ، اپنی صوابدید پر طالب علم کے لیے، HPV سیریز نہ لینے کا انتخاب کر سکتے ہیں ۔ ویکسین یا استثنیٰ کی دستاویزات کی ضرورت نہیں ۔			
معالج کا نام:		معالج کا فون #: _____	
والد یا والدہ/ سرپرست کا نام (جلی حروف): _____		* والدین یا سرپرست کے دستخط: _____	
		* تاریخ: _____	

* ویکسینیشن کی اپوائنٹمنٹ کی تاریخیں والدین / سرپرست زبانی طور پر دے سکتے ہیں اور FCPS عملہ اس منصوبے پر نوٹ کر سکتا ہے ۔

اسکول کا SIA/SSA / رجسٹرار اس فارم کو طالب علم کے مجموعی فولڈر کے صحت کے سیکشن میں رکھے گا ۔