**FREE FLU SHOT AT SCHOOL**

Parents, Communities In Schools is offering FREE flu shots at McDonald Elementary for you and your children ages 9 and up on Tuesday, November 13th  from 1130am-1pm.

If you would like your child to receive the shot while at school, you must sign and return the consent form to the office.  Insurance coverage IS NOT NEEDED but if you have insurance information, please provide it on the form.

**لقاح الإنفلونزا مجاناً في المدرسة**  
  
يقدم فريق الأهالي والمجتمعات في المدارس لقاح مجاني للإنفلونزا في مدرسة مكدونالد  لك و لأطفالك من سن 9 وما فوق يوم الثلاثاء 13 نوفمبر من الساعة 1130 صباحًا حتى الساعة 1.  
  
إذا كنت ترغب في أن يتلقى طفلك اللقاح أثناء وجوده في المدرسة ، فيجب عليك توقيع استمارة الموافقة وإرسالها إلى المكتب. ليست هناك حاجة لتغطية التأمين ولكن إذا كان لديك معلومات تأمين ، يرجى تقديمها في الأستمارة.

**القسم الأول: معلومات عن الطفل لتلقي اللقاح (يرجى الطباعة)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| تاريخ الميلاد  الشهر \_\_\_ اليوم \_\_\_ العام \_\_\_\_ | (الوسط) | (الأول) | **الطالب**(اسم العائلة) |
| عمر الطالب\_\_جنس الطالب\_\_ | (الوسط) | (الأول) | **اسم ولي الأمر القانوني** (اسم العائلة) |
|  |  |  | **العنوان** |
| رقم الهاتف: | **الرمز البريدي** | **الولاية** | **المدينة** |

**القسم الثاني: فحص أهلية اللقاح**

**السؤال التالي؛ ساعدنا في معرفة ما إذا كان طفلك يمكنه الحصول على لقاح الأنفلونزا الموسمية. إذا كانت إجابتك لا لجميع الأسئلة الأربعة التالية ، فمن المحتمل أن يحصل طفلك على لقاح الأنفلونزا.إذا أجبت بنعم على واحد أو أكثر من الأسئلة الأربعة التالية ، قد يتمكن طفلك من الحصول على اللقاح الموسمي ، لكننا سوف نتصل بك لمناقشة خياراتك.يرجى وضع علامة نعم أو لا على كل سؤال.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **نعم** | **لا** |
| **1. هل يعاني طفلك من رد فعل خطير تجاه البيض** |  |  |
| **2. هل يعاني طفلك من أي حساسيات خطيرة؟ اذكرها:** |  |  |
| **3 .هل يعاني طفلك من رد فعل خطير سابقة من لقاح الإنفلونزا** |  |  |
| **4. هل عانى طفلك من أعراض بري غيلان (نوع من ضعف العضلات الشديد)ضمن 6 أسابيع بعد تلقي لقاح ضد الإنفلونزا؟** |  |  |

**القسم الثالث: تأمين**

اسم التأمين: رقم الهوية ID: رقم اBIN:

مجموعةRX: رقم pcn:

**القسم الرابع:موافقة:**

**الموافقة على تطعيم الطفل:**

لقد قرأت أو أوضح لي بيان معلومات اللقاح 2018-2019 الخاص بلقاح الأنفلونزا الموسمي وفهم المخاطر والفوائد.

**أعطي الموافقة** لصيدلية DixBoro Village  والجمعية الصيدلانية الأمريكية لموظفيها على اسم طفلي في الأعلى ا ليتم تطعيمهم بهذا اللقاح (إذا لم يتم التوقيع على استمارة الموافقة ، فلا يتم تطعيم طفلك )

**لا اعطى الموافقة** لصيدلية DixBoro Village  والجمعية الصيدلانية الأمريكية لموظفيها على اسم طفلي في الأعلى ا ليتم تطعيمهم بهذا اللقاح.

توقيع ولي الأمر:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

التاريخ: الشهر \_\_\_\_\_ اليوم:\_\_\_\_\_\_ العام:\_\_\_\_\_\_\_\_



FOR ALL STAFF, PARENTS, & STUDENTS\* AGES 9 and UP

**TUESDAY, NOVEMBER 13th from 11:30AM – 1PM**

**McDonald Elementary School**

\*parental consent form must be signed and sent in if parent will not be here with child