

Dear Parents & Guardians,

As per DHA regulations, NWPS students can only receive vaccinations by our school clinic after the consent of their parents. Thus, you are requested to read below and fill the relevant form and provide original vaccination card.

I. If you disapprove the vaccination of your child at school, please fill in the refusal form below.

<p>Student Name: _____</p> <p>Date of Birth: _____</p> <p>Class/Grade: _____</p> <p>Assigned Medical Center/Hospital _____</p> <p>This is to inform you that I disapprove the vaccination of my child at school for the reason of _____</p> <p>on the condition that parents providing the school with a copy of the updated vaccination record.</p> <p>Parent's Name: _____</p> <p>Parent's Signature: _____</p> <p>Date: _____</p> <p>Mobile Number: _____</p>

II. In case the Vaccination card is not available, please fill in the substitute form below.

<p>This is to inform you that my child _____ has received all the vaccinations till the age of _____ including: _____ doses of Hepatitis B, _____ doses of MMR and _____ doses of DPT/POLIO Boosters (last date: _____, Age: _____).</p> <p>As my child's original vaccination card is misplaced, we are unable to produce the same.</p> <p>So, I give the consent for further vaccination in the school premises.</p> <p>Parent's Name: _____</p> <p>Parent's Signature: _____</p> <p>Date: _____</p> <p>Mobile Number: _____</p>

رؤيتنا : تمكين طلابنا ليصبحوا طالبيين للمعرفة مدى الحياة ومواطنين عالميين وقادة مبدعين ملمين بمهارات القرن الحادي والعشرين.

Our Vision: To enable our students become lifelong learners, global citizens, and successful 21st century innovative leaders.

Tel: 04-2610033, Fax: 04- 2610330, P.O.B:56988, Dubai – U.A.E. , Email : info@nwps.ae ,www.nwps.ae

- III. If you approve of your child's vaccination at school, please fill in the attached form and attach your child's original Vaccination Card.

Kindly consider that filling the relevant forms is mandatory as per DHA regulations.

We look forward for your cooperation for the benefit of our children. For any further queries, kindly contact the School Clinic (04/2610033 Extension 110).

Dr. Madiha Hammad

Medical Director

New World Private School-Clinic

رؤيتنا : تمكين طلابنا ليصبحوا طالبيين للمعرفة مدى الحياة ومواطنين عالميين وقادة مبدعين ملمّين بمهارات القرن الحادي والعشرين.

Our Vision: To enable our students become lifelong learners, global citizens, and successful 21st century innovative leaders.

Tel: 04-2610033, Fax: 04- 2610330, P.O.B:56988, Dubai – U.A.E. , Email : info@nwps.ae ,www.nwps.ae



CONSENT FOR IMMUNIZATION

موافقة على إجراء التطعيمات

Child Name: _____ اسم الطفل: _____
Date of Birth: _____ تاريخ الميلاد: _____
School Name: **NEW WORLD PRIVATE SCHOOL** اسم المدرسة: العالم الجديد الخاصة
Class/Grade: _____ الصف/ الشعبة: _____

Please Tick (√)

- I give the consent for the immunization of my child أصرح بأن تعطي التطعيمات اللازمة لابني/لابنتي
 I don't agree for immunization of my child لا أوافق على إعطاء التطعيمات لابني / لابنتي

Name & Signature: _____ الإسم والتوقيع: _____
Parents/ Guardian الأهل/ الوصي

P.O. Box: _____ رقم صندوق البريد: _____
Telephone Number: _____ رقم الهاتف: _____

Dear Parents

Please provide the following information to update your child school health record and send his/her **ORIGINAL IMMUNIZATION CARD**

حضرة الأهل الكرام
يرجى تزويدنا بالمعلومات التالية لتحديث السجل الصحي الخاص بابنكم/ابنتكم وإرسال سجل التحصينات الأصلي

Child History of illness:

سجل الأمراض ما قبل الدخول إلى المدرسة:

Please tick (√) appropriately, if yes, Specify Month/Year of illness

إذا كان الجواب (نعم) يرجى تحديد تاريخ حدوث الإصابة

Infectious Disease الأمراض المعدية	YES نعم	NO لا	Non-Infectious Disease الأمراض الغير معدية	YES نعم	NO لا
Diphtheria الخناق			Accidents الحوادث		
Dysentery الدفتريا			Allergies الحساسية		
Infective Hepatitis التهاب الكبد الوبائي			Bronchial Asthma الربو		
Measles الحصبة			Congenital Heart Disease تشوهات القلب		
Mumps النكاف			Diabetes Mellitus السكري		
Poliomyelitis شلل الأطفال			Epilepsy الصرع		
Rubella الحصبة الألمانية			G6PD (Glucose6-Phosphate Dehydrogenase deficiency) تكسر كريات الدم		
Scarlet Fever الحمى القرمزية			Rheumatic Fever الحمى الروماتيزية		
Tuberculosis السل			Surgical Operation عمليات جراحية		
Whooping Cough السعال الديكي			Thalassemia الثلاسيميا		
Chicken Pox الجدري					

If yes, write the year of illness

إذا كان الجواب نعم، أكتب سنة المرض

History of:

تاريخ:

Blood Transfusion/ نقل الدم No Yes, Frequency/عدد المرات: _____ Date/التاريخ: _____

Hospitalization/ الدخول للمستشفى No Yes, Reason/السبب: _____ Date/التاريخ: _____

Family History:

تاريخ العائلة المرضي

___Diabetes/السكري___Hypertension/ارتفاع ضغط الدم___Mental Disorder /اضطراب عقلي___Stroke/السكتة الدماغية___Tuberculosis/السل

Other أخرى , Specify حدّد _____

Licensed School Nurse and Signature/توقيع الممرضة: _____ Date/التاريخ: _____