

Autauga County School District

Aviso de vacunación incompleta

Alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estimado padre/madre/tutor:

La Ley de Vacunación de las escuelas del estado de Alabama _____ exige que su hijo(a) cuente con todas las vacunas adecuadas para asistir o seguir asistiendo a la escuela. Una revisión de la cartilla de vacunación de su hijo(a) indica que le falta lo que se indica a continuación.

Actualice los registros de su hijo(a) antes del _____ (date) para evitar la expulsión y asegurarse de que su hijo(a) pueda asistir a la escuela.

La cartilla de vacunación de su hijo(a) está incompleta por lo siguiente:

- La escuela no recibió los comprobantes.
- Los puntos que se marcan a continuación faltan o están incompletos. Esto es:
 - un requisito para ingresar a la escuela
 - un nuevo requisito
 - una actualización del expediente de su hijo(a)
- Necesita la firma del padre, madre o tutor, y/o la fecha de la firma donde se indica.
- Necesita la firma del médico/proveedor de atención médica, y/o la fecha de la firma donde se indica.
- Debe actualizarse el Certificado de Exención con las nuevas vacunas.
- Los comprobantes deben transferirse a un Certificado de Vacunación aprobado por el estado de Alabama, que puede obtener de su médico/proveedor de atención médica o su departamento local de salud.

Para cada vacuna faltante o incompleta indicada a continuación, proporcione uno de los siguientes: un comprobante de que su hijo(a) recibió la vacuna, un análisis de sangre (TITER) que muestre inmunidad y/o un certificado de exención de la vacuna.

Faltante o incompleta	Vacuna	Dosis faltante	Fecha límite
	DTP/DTaP/Td (difteria, tétanos, tos ferina) <input type="checkbox"/> No se ha registrado ninguna fecha o la serie está incompleta. <input type="checkbox"/> La última dosis de la serie debe recibirse a los 4 años de edad o después. <input type="checkbox"/> Tiempo insuficiente entre las dosis o dosis recibida a una edad inadecuada.	<input type="checkbox"/> Dosis # 1 <input type="checkbox"/> Dosis # 2 <input type="checkbox"/> Dosis # 3 <input type="checkbox"/> Dosis # 4 <input type="checkbox"/> Dosis # 5	
	Revacunación de Tdap (tétanos, difteria, tos ferina)	<input type="checkbox"/> Dosis # 1	
	IPV/OPV (polio) <input type="checkbox"/> No se ha registrado ninguna fecha o la serie está incompleta. <input type="checkbox"/> La última dosis de la serie debe recibirse a los 4 años de edad o después. <input type="checkbox"/> Tiempo insuficiente entre las dosis o dosis recibida a una edad inadecuada.	<input type="checkbox"/> Dosis # 1 <input type="checkbox"/> Dosis # 2 <input type="checkbox"/> Dosis # 3 <input type="checkbox"/> Dosis # 4	
	MMR (sarampión, paperas y rubéola) <input type="checkbox"/> No se ha registrado ninguna fecha o la serie está incompleta. <input type="checkbox"/> Las vacunas deben recibirse a la edad de 1 año o después. <input type="checkbox"/> Se dio la vacuna en un plazo menor a 28 días después de la de la varicela o la primera MMR.	<input type="checkbox"/> Dosis # 1 <input type="checkbox"/> Dosis # 2	

Autauga County School District

Spanish
Notice of Incomplete Immunization Status

Faltante o incompleta	Vacuna	Dosis faltante	Fecha límite
	Varicella (<i>varicela</i>) <input type="checkbox"/> No se ha registrado ninguna fecha o la serie está incompleta. <input type="checkbox"/> Las vacunas deben recibirse a la edad de 1 año o después. <input type="checkbox"/> Se dio la vacuna en un plazo menor a 28 días después de la MMR o de la primera de varicela. <input type="checkbox"/> Documentación incompleta de tener la enfermedad varicela.	<input type="checkbox"/> Dosis # 1 <input type="checkbox"/> Dosis # 2	
	Otra: _____	<input type="checkbox"/> Dosis # 1 <input type="checkbox"/> Dosis # 2 <input type="checkbox"/> Dosis # 3	

Lleve una copia de este formulario y de todos los comprobantes de vacunación anteriores cuando vaya a vacunar a su hijo(a) para asegurarse de que reciba la(s) vacuna(s) correcta(s).

Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese con la enfermera de la escuela, su proveedor de atención médica o el departamento local de salud. Para obtener más información acerca de las vacunas, visite el sitio Web de los Centros para el Control de Enfermedades (Centers for Disease Control (CDC)) de EE.UU. en www.cdc.gov/vaccines o su departamento de salud local o estatal en _____.

¡Gracias por su inmediata atención a este asunto!

Nombre: _____ Fecha: _____
 Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Autauga County School District
Уведомление о неполной иммунизации

Учащийся: _____ Дата рождения: _____

Уважаемые родители или опекуны!

По закону об иммунизации в школах штата Alabama _____ Вашему ребенку для поступления или для продолжения посещения школы необходимо пройти надлежащую иммунизацию. Проверка документов вашего ребенка показала, что отсутствуют следующие данные.

Пожалуйста, обновите сведения, представленные в документах Вашего ребенка не позднее _____ (date), чтобы избежать исключения и обеспечить своему ребенку возможность посещать школу.

Документы об иммунизации Вашего ребенка содержат недостаточную информацию по следующим причинам:

- Школа не получила никаких документов.
- Отмеченные ниже данные отсутствуют или являются неполными. Это:
 - требования к прививкам для поступающих в школу
 - новое требование
 - документы вашего ребенка, содержащие обновленную информацию
- Необходима подпись родителя или опекуна и/или дата в указанном месте.
- Необходима подпись врача/представителя учреждения, обеспечивающего медицинское обслуживание и/или дата в указанном месте.
- Текущая справка об освобождении от прививок должна быть обновлена с учетом новых прививок.
- Содержащиеся в документах сведения должны быть представлены в форме действующей в штате Alabama справки о сделанных прививках, выданной вашим лечащим врачом/медицинским учреждением или местным департаментом здравоохранения.

Для каждой отсутствующей или неполной прививки, указанной ниже, просим предоставить один из следующих документов: документ о том, что Ваш ребенок прошел вакцинацию, анализ крови (титр), указывающий на наличие иммунитета, или справку об освобождении от вакцинации.

Сведения отсутствуют или являются неполными	Вакцина	Отсутствующие дозы	Срок
	DTaP/DTaP/Td (дифтерия, столбняк, коклюш) <input type="checkbox"/> Отсутствуют даты проведения прививок или серия прививок не завершена. <input type="checkbox"/> Последняя доза серии должна быть получена не ранее 4-летнего возраста. <input type="checkbox"/> Недостаточный промежуток времени между дозами или доза получена в несоответствующем возрасте.	<input type="checkbox"/> Доза №1 <input type="checkbox"/> Доза №2 <input type="checkbox"/> Доза №3 <input type="checkbox"/> Доза №4 <input type="checkbox"/> Доза №5	
	Бустер-доза Tdap (столбняк, дифтерия, коклюш)	<input type="checkbox"/> Доза №1	
	IPV/OPV (полиомиелит) <input type="checkbox"/> Отсутствуют даты проведения прививок или серия прививок не завершена. <input type="checkbox"/> Последняя доза серии должна быть получена не ранее 4-летнего возраста. <input type="checkbox"/> Недостаточный промежуток времени между дозами или доза получена в несоответствующем возрасте.	<input type="checkbox"/> Доза №1 <input type="checkbox"/> Доза №2 <input type="checkbox"/> Доза №3 <input type="checkbox"/> Доза №4	
	MMR (корь, свинка, краснуха) <input type="checkbox"/> Отсутствуют даты проведения прививок или серия прививок не завершена. <input type="checkbox"/> Вакцинация должна быть проведена не ранее достижения возраста 1 года. <input type="checkbox"/> Вакцина была введена менее чем через 28 дней после введения вакцины против ветряной оспы или первой MMR.	<input type="checkbox"/> Доза №1 <input type="checkbox"/> Доза №2	

Autauga County School District

Сведения отсутствуют или являются неполными	Вакцина	Отсутствующие дозы	Срок
	Varicella (ветрянка) <input type="checkbox"/> Отсутствуют даты проведения прививок или серия прививок не завершена. <input type="checkbox"/> Вакцинация должна быть проведена не ранее достижения возраста 1 года или позднее. <input type="checkbox"/> Вакцина была введена менее чем через 28 дней после введения вакцины MMR или первой дозы вакцины против ветряной оспы. <input type="checkbox"/> Недостаточная документация о перенесенной ветрянке.	<input type="checkbox"/> Доза №1 <input type="checkbox"/> Доза №2	
	Другое: _____	<input type="checkbox"/> Доза №1 <input type="checkbox"/> Доза №2 <input type="checkbox"/> Доза №3	

Просим иметь при себе копию данной формы и любые документы о проведенной ранее иммунизации, когда вы идете с ребенком на вакцинацию, чтобы убедиться, что ваш ребенок получит нужную вакцину.

Если у вас есть вопросы или если вам нужна помощь, обратитесь к медицинской сестре в вашей школе, в медицинское учреждение или в местный департамент здравоохранения. Чтобы получить дополнительную информацию о вакцинах, посетите сайт Центра по контролю заболеваний (U.S. Centers for Disease Control (CDC)) по адресу www.cdc.gov/vaccines или обратитесь в местный департамент здравоохранения по адресу _____.

Благодарим вас за внимание, проявленное к данному вопросу!

Имя: _____ Дата: _____

Адрес электронной почты: _____ Телефон: _____

Autauga County School District

ការជូនដំណឹងស្តីពីស្ថានភាពនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការមិនគ្រប់កម្រិត

សិស្ស៖ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ _____

ជូនចំពោះឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាល៖

ច្បាប់ចាក់ថ្នាំបង្ការរបស់សាលានៅរដ្ឋ Alabama _____ តម្រូវអោយកូនរបស់អ្នកទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការត្រឹមត្រូវដើម្បីបានចូលរៀន ឬបន្តរៀននៅសាលា។ ការពិនិត្យលើកំណត់ត្រាកូនរបស់អ្នកបង្ហាញថា កូនរបស់អ្នកខ្លះថ្នាំដែលបានរៀបរាប់ដូចខាងក្រោម។

សូមធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពលើកំណត់ត្រាកូនរបស់អ្នកនៅមុន _____ (date) ដើម្បីជៀសវាងការមិនបានចូលរៀន និងដើម្បីធានាថា កូនរបស់អ្នកនឹងទទួលបានការអនុញ្ញាតអោយចូលរៀន។

កំណត់ត្រាស្តីពីការចាក់ថ្នាំបង្ការកូនរបស់អ្នកមិនគ្រប់កម្រិតតាមការកំណត់ដូចខាងក្រោម៖

- សាលាមិនបានទទួលកំណត់ត្រាណាមួយទេ។
- ចំណុចដែលបានរៀបរាប់ខាងក្រោមបានខ្វះ ឬមិនគ្រប់កម្រិត។ មានដូចជា៖
 - តម្រូវការសម្រាប់ការចុះឈ្មោះចូលរៀន
 - តម្រូវការថ្មី
 - ការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពកំណត់ត្រាកូនរបស់អ្នក
- ត្រូវការហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាល និង/ឬកាលបរិច្ឆេទនៃហត្ថលេខានៅកន្លែងដែលបានបង្ហាញ។
- ត្រូវការហត្ថលេខារបស់គ្រូពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាព និង/ឬកាលបរិច្ឆេទនៃហត្ថលេខានៅកន្លែងដែលបានបង្ហាញ។
- ការបញ្ជាក់នាពេលបច្ចុប្បន្នស្តីពីការលើកលែងពីការចាក់ថ្នាំបង្ការថ្មី។
- កំណត់ត្រាត្រូវតែបញ្ជូនទៅរដ្ឋAlabamaដើម្បីចេញលិខិតអនុញ្ញាតស្តីពីការចាក់ថ្នាំបង្ការដែលអាចរកបានពីគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក/អ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាព ឬនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្នុងតំបន់។

ចំពោះការចាក់ថ្នាំបង្ការខ្វះ ឬមិនគ្រប់កម្រិតខាងក្រោមនេះ សូមបញ្ជាក់ដូចខាងក្រោម៖ កំណត់ត្រាដែលបញ្ជាក់ថា កូនរបស់អ្នកបានទទួល ថ្នាំបង្ការ ការធ្វើតេស្តឈាម (titer) បង្ហាញភាពសុំ និង/ឬការបញ្ជាក់អំពីការលើកលែងពីការចាក់ថ្នាំបង្ការ។

ការខ្វះ ឬមិនគ្រប់កម្រិត	ថ្នាំបង្ការ	មិនគ្រប់កម្រិត	ថ្ងៃផុតកំណត់
	DTP/DTaP/Td (ជំងឺខាន់ស្លាក់ គេតាណុស ក្អកមាត់) <input type="checkbox"/> មិនមានការកត់ត្រាពីថ្ងៃខែទទួលថ្នាំបង្ការ ឬការចាក់ថ្នាំបង្ការមិនបានគ្រប់កម្រិត។ <input type="checkbox"/> កម្រិតថ្នាំក្នុងការទទួលថ្នាំបង្ការចុងក្រោយត្រូវតែទទួលនៅពេលមានអាយុ ៥ ឆ្នាំ ឬបន្ទាប់ពីនោះ។ <input type="checkbox"/> គ្មានពេលគ្រប់គ្រាន់ចន្លោះកម្រិតថ្នាំ ឬការទទួលកម្រិតថ្នាំក្នុងអាយុដែលមិនសមស្រប។	<input type="checkbox"/> កម្រិត # 1 <input type="checkbox"/> កម្រិត # 2 <input type="checkbox"/> កម្រិត # 3 <input type="checkbox"/> កម្រិត # 4 <input type="checkbox"/> កម្រិត # 5	
	ថ្នាំលើក Tdap (គេតាណុស ជំងឺខាន់ស្លាក់ ក្អកមាត់)	<input type="checkbox"/> កម្រិត # 1	
	IPV/OPV (ជំងឺគ្រុនស្ទិតដៃជើង) <input type="checkbox"/> មិនមានការកត់ត្រាពីថ្ងៃខែទទួលថ្នាំបង្ការ ឬការចាក់ថ្នាំបង្ការមិនបានពេញលេញ។ <input type="checkbox"/> កម្រិតថ្នាំក្នុងការទទួលថ្នាំបង្ការចុងក្រោយត្រូវតែទទួលនៅពេលមានអាយុ ៥ ឆ្នាំ ឬបន្ទាប់ពីនោះ។ <input type="checkbox"/> គ្មានពេលគ្រប់គ្រាន់ចន្លោះកម្រិតថ្នាំ ឬការទទួលកម្រិតថ្នាំក្នុងអាយុដែលមិនសមស្រប។	<input type="checkbox"/> កម្រិត # 1 <input type="checkbox"/> កម្រិត # 2 <input type="checkbox"/> កម្រិត # 3 <input type="checkbox"/> កម្រិត # 4	
	MMR (ជំងឺកញ្ជ្រូល ជំងឺសាលាទែន & ជំងឺស្លូច) <input type="checkbox"/> មិនមានការកត់ត្រាពីថ្ងៃខែទទួលថ្នាំបង្ការ ឬការចាក់ថ្នាំបង្ការមិនបានពេញលេញ។ <input type="checkbox"/> ត្រូវទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការនៅពេលមានអាយុ ឆ្នាំ 1 ឆ្នាំ ឬអាយុច្រើនជាង 1 <input type="checkbox"/> ថ្នាំបង្ការត្រូវបានផ្តល់អោយមុនរយៈ ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីមានជំងឺអុត ឬបន្ទាប់ពីមានជំងឺកញ្ជ្រូល 28 សាលាទែន និងស្លូចលើកដំបូង។	<input type="checkbox"/> កម្រិត # 1 <input type="checkbox"/> កម្រិត # 2	

Autauga County School District

ការខ្វះ ឬមិន គ្រប់កម្រិត	ថ្នាក់បង្គារ	មិនគ្រប់កម្រិត	ថ្ងៃផុតកំណត់
	Varicella (អុតស្វាយតូច) <input type="checkbox"/> មិនមានការកត់ត្រាពីថ្ងៃខែទទួលថ្នាំបង្ការ ឬការចាក់ថ្នាំបង្ការមិនបានពេញលេញ។ <input type="checkbox"/> ត្រូវទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការនៅពេលមានអាយុ 1 ឆ្នាំ ឬអាយុច្រើនជាង 1 ឆ្នាំ។ <input type="checkbox"/> ថ្នាំបង្ការត្រូវបានផ្តល់អោយមុនរយៈពេល 28 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីមានជំងឺកញ្ជ្រើល សាលាទែន និងស្លូត ឬជំងឺអុតលើកដំបូង។ <input type="checkbox"/> ការចងក្រងឯកសារមិនបានគ្រប់គ្រាន់នៃជំងឺអុតស្វាយ។	<input type="checkbox"/> កម្រិត # 1 <input type="checkbox"/> កម្រិត # 2	
	ផ្សេងៗ៖ _____	<input type="checkbox"/> កម្រិត # 1 <input type="checkbox"/> កម្រិត # 2 <input type="checkbox"/> កម្រិត # 3	

សូមយកច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់នេះ និងកំណត់ត្រាការចាក់ថ្នាំបង្ការពេគពីមុនណាមួយមកជាមួយផង នៅពេលអ្នក ឬកូនរបស់អ្នក ទៅទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការ ដើម្បីអោយប្រាកដថា កូនរបស់អ្នកទទួលបានថ្នាំបង្ការបានត្រឹមត្រូវ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយ សូមទាក់ទងត្រូវពេទ្យប្រចាំសាលា អ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាព ឬមន្ទីរសុខភាពរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីថ្នាំបង្ការ សូមទស្សនាវិបសាយរបស់មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់ទប់ស្កាត់ជំងឺរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក (U.S. Centers for Disease Control (CDC)) តាមអាសយដ្ឋាន www.cdc.gov/vaccines ឬរដ្ឋរបស់អ្នក ឬមន្ទីរសុខាភិបាលនៅ _____ ។

សូមអរគុណសម្រាប់ការយកចិត្តទុកដាក់ចំពោះបញ្ហានេះ!

ឈ្មោះ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____
 ឪពុកម្តាយ៖ _____ លេខទូរស័ព្ទ៖ _____

Autauga County School District

Thông báo về việc chưa hoàn tất việc tiêm ngừa

Học sinh: _____ Ngày sinh: _____

Kính gửi Phụ huynh/Người giám hộ:

Luật về Tiêm Ngừa Học Đường của Tiểu Bang Alabama _____ yêu cầu con em quý vị phải được tiêm ngừa toàn bộ để theo học hoặc tiếp tục theo học tại nhà trường. Hồ sơ tiêm ngừa của con em quý vị cho thấy con em quý vị còn thiếu (các) mục được đánh dấu sau đây.

Vui lòng cập nhật hồ sơ tiêm ngừa của con em quý vị trước ngày _____ (date) để tránh việc bị loại khỏi trường học và để đảm bảo cho con em quý vị được phép đi học.

Hồ sơ tiêm ngừa của con em quý vị chưa hoàn thành do:

- Nhà trường không nhận được hồ sơ tiêm ngừa nào.
- (Các) mục được đánh dấu dưới đây là chưa tiêm hoặc tiêm chưa đủ liều. Đây là:
 - một yêu cầu đối với việc nhập học
 - một yêu cầu mới
 - một đợt cập nhật hồ sơ tiêm ngừa của con em quý vị
- Cần có chữ ký của phụ huynh hoặc người giám hộ và/hoặc ngày tháng ký tên.
- Cần có chữ ký của bác sĩ/người chăm sóc sức khỏe và/hoặc ngày tháng ký tên.
- Yêu cầu có giấy Xác Nhận Miễn Trừ hiện hành đối với các loại tiêm ngừa mới.
- Các hồ sơ tiêm ngừa cần được chuyển đến Tiểu bang Alabama để phê chuẩn Giấy chứng nhận tiêm ngừa. Quý vị có thể nhận giấy chứng nhận này từ bác sĩ/người chăm sóc sức khỏe hoặc cơ quan y tế địa phương.

Đối với mỗi loại vắc-xin còn thiếu hoặc chưa tiêm đủ liều dưới đây, vui lòng cung cấp một trong các thông tin sau: một hồ sơ ghi nhận con em quý vị đã tiêm vắc-xin đó, một giấy xét nghiệm máu (chuẩn) cho thấy đã miễn dịch, và/hoặc một giấy xác nhận miễn trừ đối với loại vắc-xin đó.

Chưa tiêm hoặc tiêm chưa đủ liều	Vắc-xin	Các liều còn thiếu	Kỳ hạn
	DTP/DTPaP/Td (Bạch cầu, Uốn ván, Ho gà) <input type="checkbox"/> Không có ngày tháng tiêm ngừa hoặc chưa hoàn thành chuỗi tiêm ngừa. <input type="checkbox"/> Liều cuối cùng của chuỗi tiêm ngừa phải được tiêm vào lúc hoặc sau 4 tuổi. <input type="checkbox"/> Không đủ thời gian giữa các liều hoặc nhận được liều tiêm vào độ tuổi không thích hợp.	<input type="checkbox"/> Liều #1 <input type="checkbox"/> Liều #2 <input type="checkbox"/> Liều #3 <input type="checkbox"/> Liều #4 <input type="checkbox"/> Liều #5	
	Tdap mũi tiêm tăng cường (Uốn ván, Bạch cầu, Ho gà)	<input type="checkbox"/> Liều #1	
	IPV/OPV (Sốt bại liệt) <input type="checkbox"/> Không có ngày tháng tiêm ngừa hoặc chưa hoàn thành chuỗi tiêm ngừa. <input type="checkbox"/> Liều cuối cùng của chuỗi tiêm ngừa phải được tiêm vào lúc hoặc sau 4 tuổi. <input type="checkbox"/> Không đủ thời gian giữa các liều hoặc nhận được liều tiêm vào độ tuổi không thích hợp.	<input type="checkbox"/> Liều #1 <input type="checkbox"/> Liều #2 <input type="checkbox"/> Liều #3 <input type="checkbox"/> Liều #4	
	MMR (Sởi, Quai bị & Rubella (bệnh sởi Đức)) <input type="checkbox"/> Không có ngày tháng tiêm ngừa hoặc chưa hoàn thành chuỗi tiêm ngừa. <input type="checkbox"/> Chuỗi tiêm ngừa phải được hoàn thành lúc hoặc sau 1 năm tuổi. <input type="checkbox"/> Tiêm vắc-xin trước 28 ngày sau khi tiêm chủng bệnh Thủy Đậu (Varicella) hoặc tiêm chủng bệnh sởi, quai bị và sởi Đức (MMR) mũi đầu tiên.	<input type="checkbox"/> Liều #1 <input type="checkbox"/> Liều #2	

Autauga County School District

Chưa tiêm hoặc tiêm chưa đủ liều	Vắc-xin	Các liều còn thiếu	Kỳ hạn
	Varicella (Thủy Đậu) <input type="checkbox"/> Không có ngày tháng tiêm ngừa hoặc chưa hoàn thành chuỗi tiêm ngừa. <input type="checkbox"/> Chuỗi tiêm ngừa phải được hoàn thành lúc hoặc sau 1 năm tuổi. <input type="checkbox"/> Tiêm vắc-xin trước 28 ngày sau khi tiêm MMR hoặc tiêm Varicella mũi đầu tiên. <input type="checkbox"/> Tài liệu không đầy đủ về việc mắc bệnh Thủy Đậu.	<input type="checkbox"/> Liều #1 <input type="checkbox"/> Liều #2	
	Khác: _____	<input type="checkbox"/> Liều #1 <input type="checkbox"/> Liều #2 <input type="checkbox"/> Liều #3	

Vui lòng đem theo một bản sao của mẫu đơn này và các hồ sơ tiêm ngừa trước đây khi quý vị và con em quý vị đi tiêm ngừa để bảo đảm con em quý vị được tiêm đúng loại vắc-xin.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp, vui lòng liên hệ với y tá nhà trường nơi con em quý vị theo học, người chăm sóc sức khỏe hoặc cơ quan y tế địa phương. Để biết thêm thông tin về các loại vắc-xin, vui lòng vào trang mạng của Các Trung tâm kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ (U.S. Centers for Disease Control (CDC)) tại địa chỉ www.cdc.gov/vaccines, hoặc cơ quan y tế tiểu bang hoặc địa phương tại địa chỉ _____.

Cám ơn quý vị đã quan tâm sâu sát đến vấn đề này!

Tên: _____ Ngày: _____

Email: _____ Điện thoại: _____

Autauga County School District

ແຈ້ງການກ່ຽວກັບສະຖານະພາບການສັກຢາກັນພະຍາດທີ່ບໍ່ສໍາເລັດ

ນັກຮຽນ: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

ຮຽນທ່ານພໍ່ແມ່ນັກຮຽນ/ຜູ້ບົກຄົງທີ່ນັບຖື:

ກົດໝາຍການສັກຢາກັນພະຍາດໃນໂຮງຮຽນຂອງລັດ Alabama _____

ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ລູກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການສັກຢາກັນພະຍາດໃຫ້ຖືກຕ້ອງ ເພື່ອໃຫ້ມີສິດໄດ້ເຂົ້າໂຮງຮຽນ ຫຼືສືບຕໍ່ການເຂົ້າໂຮງຮຽນ. ຈາກການທົບທວນບັນທຶກ ຂອງລູກທ່ານ ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ລູກຂອງທ່ານຍັງບໍ່ທັນໄດ້ປະຕິບັດຕາມ ບັນດາລາຍການທີ່ໄດ້ໝາຍໄວ້ຢູ່ລຸ່ມນີ້.

ກະລຸນາອັບເດດບັນທຶກຕ່າງໆຂອງລູກທ່ານບໍ່ໃຫ້ຊ້າໄປກວ່າ _____ (date) ເພື່ອຫຼີກເວັ້ນບໍ່ໃຫ້ມີການລະເວັ້ນ ແລະໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າລູກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ເຂົ້າໂຮງຮຽນຕໍ່ໄປ.

ບັນທຶກການສັກຢາກັນພະຍາດຂອງທ່ານຍັງບໍ່ທັນຄົບ ເນື່ອງມາຈາກເຫດຜົນຕໍ່ໄປນີ້:

- ທາງໂຮງຮຽນຍັງບໍ່ທັນໄດ້ຮັບບັນທຶກອັນໃດເທື່ອ.
- ບັນດາລາຍການທີ່ໄດ້ໝາຍໄວ້ລຸ່ມນີ້ຂາດໄປ ຫຼືບໍ່ສໍາເລັດ. ນີ້ແມ່ນ:
 - ຄວາມຮຽກຮ້ອງຕ້ອງການສໍາລັບການລົງທະບຽນເຂົ້າໂຮງຮຽນ
 - ຄວາມຮຽກຮ້ອງຕ້ອງການອັນໃໝ່
 - ການອັບເດດບັນທຶກຕ່າງໆຂອງລູກທ່ານ
- ຕ້ອງການລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່ນັກຮຽນ ຫຼືຜູ້ບົກຄອງ ແລະ/ຫຼືວັນທີລົງລາຍເຊັນໃນບ່ອນທີ່ໄດ້ບອກໄວ້.
- ຕ້ອງການລາຍເຊັນຂອງແພດ/ຜູ້ໃຫ້ການດູແລສຸຂະພາບ ແລະ/ຫຼືວັນທີລົງລາຍເຊັນໃນບ່ອນທີ່ໄດ້ບອກໄວ້.
- ໃບຢັ້ງຢືນການຍົກເວັ້ນໃນປະຈຸບັນທີ່ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີການອັບເດດການສັກຢາກັນພະຍາດໃໝ່.
- ບັນດາບັນທຶກທີ່ຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ໂອນໃຫ້ລັດ Alabama ອະນຸມັດໃບຢັ້ງຢືນການສັກຢາກັນພະຍາດທີ່ສາມາດໄດ້ມາຈາກແພດ/ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບ ຫຼືທ້ອງການສາທາລະນະສຸກປະຈໍາທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

ສໍາລັບຢາກັນພະຍາດທີ່ຍັງບໍ່ທັນໄດ້ສັກ ຫຼືຍັງສັກບໍ່ຄົບຕາມທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ຢູ່ລຸ່ມນີ້ນັ້ນ, ກະລຸນາປະກອບໃບຢັ້ງຢືນໃບໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້: ໃບບັນທຶກທີ່ລູກທ່ານໄດ້ຮັບການສັກຢາກັນພະຍາດ, ໃບຢັ້ງຢືນການກວດເລືອດ (titer) ທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນເຖິງດ້ານພູມຄຸ້ມກັນ, ແລະ/ຫຼື ໃບຢັ້ງຢືນຍົກເວັ້ນການສັກຢາກັນ.

ຢາກັນພະຍາດທີ່ຍັງບໍ່ທັນໄດ້ສັກ ຫຼື	ສັກແລ້ວບໍ່ທັນຄົບ	ຈໍານວນການສັກທີ່ຍັງບໍ່ຄົບ	ວັນທີຮອດກໍານົດ
	DTP/DTPaP/Td (ພະຍາດຄໍເຕີບ, ບາດທະຍັກ, ພະຍາດໄອໂກ) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີບັນທຶກວັນທີເອົາໄວ້ ຫຼືຊຸດເອກະສານບໍ່ສໍາເລັດ. <input type="checkbox"/> ຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບໂດ່ສຸດທ້າຍທີ່ໄດ້ຮັບຢູ່ໃນຊຸດຕ່າງໆໃນເວລາ ທີ່ຫຼັງຈາກອາຍຸ 4 ປີ. <input type="checkbox"/> ເວລາຍັງບໍ່ທັນພຽງພໍລະຫວ່າງໂດ່ຕ່າງໆ ຫຼືໂດ່ທີ່ໄດ້ຮັບຢູ່ໃນຊ່ວງອາຍຸທີ່ບໍ່ເໝາະສົມ. 	<input type="checkbox"/> ການສັກຄັ້ງທີ່ 1 <input type="checkbox"/> ການສັກຄັ້ງທີ່ 2 <input type="checkbox"/> ການສັກຄັ້ງທີ່ 3 <input type="checkbox"/> ການສັກຄັ້ງທີ່ 4 <input type="checkbox"/> ການສັກຄັ້ງທີ່ 5	
	ສັກຢາກັນ Tdap (ບາດທະຍັກ, ພະຍາດຄໍເຕີບ, ພະຍາດໄອໂກ)	<input type="checkbox"/> ການສັກຄັ້ງທີ່ 1	
	IPV/OPV (ໂປລີໂອ) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີບັນທຶກວັນທີເອົາໄວ້ ຫຼືຊຸດເອກະສານບໍ່ສໍາເລັດ. <input type="checkbox"/> ຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບໂດ່ສຸດທ້າຍທີ່ໄດ້ຮັບຢູ່ໃນຊຸດຕ່າງໆໃນເວລາ ທີ່ຫຼັງຈາກອາຍຸ 4 ປີ. <input type="checkbox"/> ເວລາຍັງບໍ່ທັນພຽງພໍລະຫວ່າງໂດ່ຕ່າງໆ ຫຼືໂດ່ທີ່ໄດ້ຮັບຢູ່ໃນຊ່ວງອາຍຸທີ່ບໍ່ເໝາະສົມ. 	<input type="checkbox"/> ການສັກຄັ້ງທີ່ 1 <input type="checkbox"/> ການສັກຄັ້ງທີ່ 2 <input type="checkbox"/> ການສັກຄັ້ງທີ່ 3 <input type="checkbox"/> ການສັກຄັ້ງທີ່ 4	
	MMR (ພະຍາດໝາກສຸກ, ພະຍາດໝາກເບີດ &ໝາກແດງນ້ອຍ) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີບັນທຶກວັນທີເອົາໄວ້ ຫຼືຊຸດເອກະສານບໍ່ສໍາເລັດ. <input type="checkbox"/> ຕ້ອງໄດ້ສັກຢາກັນພະຍາດໃນເວລາອາຍຸ 1 ປີຫຼືຫຼັງຈາກນັ້ນ. <input type="checkbox"/> ໄດ້ສັກຢາກັນພະຍາດໜ້ອຍກວ່າ 28 ຫຼັງຈາກສັກຢາກັນໝາກສຸກ ຫຼື MMR ຄັ້ງທໍາອິດ. 	<input type="checkbox"/> ການສັກຄັ້ງທີ່ 1 <input type="checkbox"/> ການສັກຄັ້ງທີ່ 2	

Autauga County School District

Laotian
Notice of Incomplete Immunization Status

ຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ທີ່ຍັງບໍ່ທັນໄດ້ສັກ ຫຼື	ສັກແລ້ວບໍ່ທັນຄົບ	ຈຳນວນ ໂຕທີ່ຍັງບໍ່ຄົບ	ວັນທີຮອດກຳນົດ
	Varicella (ໝາກສຸກ) <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີບັນທຶກວັນທີເອົາໄວ້ ຫຼື ຊຸດເອກະສານບໍ່ສຳເລັດ. <input type="checkbox"/> ຕ້ອງໄດ້ສັກຢາກັນພະຍາດໃນເວລາອາຍຸ 1 ປີຫຼືຫຼັງຈາກນັ້ນ. <input type="checkbox"/> ໄດ້ສັກຢາກັນພະຍາດໜ້ອຍກວ່າ 28 ຫຼັງຈາກສັກຢາກັນ MMR ຫຼືໝາກສຸກ ຄັ້ງທຳອິດ. <input type="checkbox"/> ເອກະສານຍັງບໍ່ທັນຄົບຖ້ວນກ່ຽວກັບການເປັນພະຍາດໝາກສຸກ.	<input type="checkbox"/> ການສັກຄັ້ງທີ່ 1 <input type="checkbox"/> ການສັກຄັ້ງທີ່ 2	
	ອື່ນໆ: _____	<input type="checkbox"/> ການສັກຄັ້ງທີ່ 1 <input type="checkbox"/> ການສັກຄັ້ງທີ່ 2 <input type="checkbox"/> ການສັກຄັ້ງທີ່ 3	

ກະລຸນາເອົາສຳເນົາຂອງແບບຟອມນີ້ ແລະບັນທຶກການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດຜ່ານມາໄປກັບທ່ານ ເມື່ອທ່ານ ແລະລູກຂອງທ່ານໄປຮັບການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈໃຫ້ລູກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການສັກຢາປ້ອງກັນໃຫ້ຖືກຕ້ອງ.

ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ ຫຼືຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ພະຍາບານໃນໂຮງຮຽນ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼືທ້ອງການສາທາລະນະສຸກທ້ອງຖິ່ນ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຢາປ້ອງກັນພະຍາດ, ໃຫ້ເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊທ໌ຂອງ ສູນຄວບຄຸມພະຍາດຂອງສະຫະລັດ (U.S. Centers for Disease Control (CDC)) ທີ່ www.cdc.gov/vaccines, ຫຼືທ້ອງການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດ ຫຼືຂອງທ້ອງຖິ່ນທີ່ _____.

ຂໍຂອບໃຈທີ່ທ່ານເອົາໃຈໃສ່ໃນເລື່ອງນີ້ຢ່າງເລັ່ງດ່ວນ!

ຊື່: _____ ວັນທີ: _____
 ອີເມລ໌: _____ ໂທລະສັບ: _____

Autauga County School District

預防接種未完成狀態通知

學生：_____ 出生日期：_____

家長/監護人，您好：

Alabama 州學校防疫法 _____ 規定，貴子女必須接受適當的預防接種，才能夠就學或繼續就學。對貴子女記錄的審查表明您的子女缺少下列標記的項目。

請務必在 _____ (date) 之前更新貴子女的記錄，以免遭到拒絕入學並確定貴子女可順利就學。

貴子女的預防接種記錄不完整，原因如下：

- 學校尚未收到任何記錄。
- 下列標記的項目缺少或不完整。這是：
 - 學校入學的要求
 - 新的要求
 - 對貴子女記錄的更新
- 需要家長或監護人簽名及/或在指定處填寫簽名的日期。
- 需要私人醫師/保健服務機構簽名及/或在指定處填寫簽名的日期。
- 目前的豁免證明書需要就新的免疫接種予以更新。
- 記錄必須移轉至可由私人醫師/保健服務機構或地方衛生保健部門取得之 Alabama 州核准的免疫接種證明書。

對於下列表明的每個缺少或不完整疫苗，請提供下列資料之一：貴子女接受疫苗的記錄、顯示免疫力的驗血(免疫效價) 報告，及/或疫苗的豁免證明書。

缺少或不完整	疫苗	缺少的劑量	截止日
	DTP/DTaP/Td (白喉、破傷風、百日咳) <input type="checkbox"/> 沒有記錄任何日期或接種不完整。 <input type="checkbox"/> 必須在 4 歲或之後接種最後一劑。 <input type="checkbox"/> 接種劑量之間的時間不足，或是在不適當的年齡接種疫苗。	<input type="checkbox"/> 第 1 劑 <input type="checkbox"/> 第 2 劑 <input type="checkbox"/> 第 3 劑 <input type="checkbox"/> 第 4 劑 <input type="checkbox"/> 第 5 劑	
	Tdap 加強劑 (破傷風、白喉、百日咳)	<input type="checkbox"/> 第 1 劑	
	IPV/OPV (小兒麻痺) <input type="checkbox"/> 沒有記錄任何日期或接種不完整。 <input type="checkbox"/> 必須在 4 歲或之後接種最後一劑。 <input type="checkbox"/> 接種劑量之間的時間不足，或是在不適當的年齡接種疫苗。	<input type="checkbox"/> 第 1 劑 <input type="checkbox"/> 第 2 劑 <input type="checkbox"/> 第 3 劑 <input type="checkbox"/> 第 4 劑	
	MMR (麻疹、腮腺炎和德國麻疹) <input type="checkbox"/> 沒有記錄任何日期或接種不完整。 <input type="checkbox"/> 疫苗必須在 1 歲或之後接種。 <input type="checkbox"/> 疫苗在接種 Varicella (水痘) 或第一劑 MMR 之後 28 天內接種。	<input type="checkbox"/> 第 1 劑 <input type="checkbox"/> 第 2 劑	

Autauga County School District

Chinese
Notice of Incomplete Immunization Status

缺少或不完整	疫苗	缺少的劑量	截止日
	Varicella (水痘) <input type="checkbox"/> 沒有記錄任何日期或接種不完整。 <input type="checkbox"/> 疫苗必須在 1 歲或之後接種。 <input type="checkbox"/> 疫苗在接種 MMR 或第一劑 Varicella (水痘) 之後 28 天內接種。 <input type="checkbox"/> 患水痘疾病的不完整文件。	<input type="checkbox"/> 第 1 劑 <input type="checkbox"/> 第 2 劑	
	其他： _____	<input type="checkbox"/> 第 1 劑 <input type="checkbox"/> 第 2 劑 <input type="checkbox"/> 第 3 劑	

當您和貴子女前往接種疫苗時，請攜帶此表單及任何先前預防接種記錄之副本，以確保貴子女接受正確的疫苗接種。

如果您有任何問題或需要協助，請聯絡您的校護、保健服務機構或地方衛生保健部門。如需疫苗的其他資訊，請造訪美國疾病管制局 (Centers for Disease Control (CDC)) 的網站，網址是 www.cdc.gov/vaccines，或造訪州立衛生局或地方衛生部門，網址是 _____。

謝謝您從速並辦理此事！

姓名： _____ 日期： _____

電子郵件： _____ 電話： _____

Autauga County School District

إشعار بعدم استكمال التطعيم

الطالب: _____

تاريخ الميلاد: _____

عزيزي ولي الأمر/الوصي:

يتطلب قانون التطعيمات المدرسية بولاية Alabama، القانون رقم _____، حصول طفلك على جميع التطعيمات اللازمة من أجل الالتحاق بالمدرسة أو مواصلة الذهاب إلى المدرسة. إلا أن مراجعة سجلات طفلك أشارت إلى أن طفلك لم يحصل على التطعيم أو التطعيمات المؤشر عليها أدناه.

يُرجى تحديث سجلات طفلك في موعد لا يتجاوز _____ (date) لتجنب استبعاد طفلك وضمان السماح لطفلك بالذهاب إلى المدرسة.

سجلات تطعيمات طفلك غير مكتملة للأسباب التالية:

- لم تتلق المدرسة أي سجلات.
- عدم حصول طفلك على التطعيمات المؤشر عليها أدناه أو عدم استكمالها لها. وهذه التطعيمات:
 - شرط للالتحاق بالمدرسة
 - متطلب جديد
 - تحديث لسجلات طفلك
- الحاجة إلى توقيع ولي الأمر أو الوصي و/أو تاريخ التوقيع في المواضع المؤشر عليها.
- الحاجة إلى توقيع الطبيب/ مقدم الرعاية الصحية و/أو تاريخ التوقيع في المواضع المؤشر عليها.
- الحاجة إلى تحديث شهادة الإعفاء الحالية بتطعيمات جديدة.
- السجلات التي تحتاج إلى النقل إلى شهادة تطعيمات معتمدة من ولاية Alabama والتي يمكنك الحصول عليها من الطبيب أو مقدم الرعاية الطبية أو الإدارة الصحية المحلية.

يُرجى تقديم أحد المستندات التالية لكل تطعيم لم يحصل عليه طفلك أو لم يستكمله: ما يفيد حصول طفلك على التطعيم، أو اختبار دم (عيار) يوضح تمتعه بالمناعة، و/أو شهادة إعفاء من الحصول على التطعيم.

التاريخ الواجب الحصول على التطعيم فيه	الجرعات المفقودة	التطعيم	لم يحصل عليه الطفل/ لم يستكمله
رقم الجرعة 1 رقم الجرعة 2 رقم الجرعة 3 رقم الجرعة 4 رقم الجرعة 5	<input type="checkbox"/> رقم الجرعة 1 <input type="checkbox"/> رقم الجرعة 2 <input type="checkbox"/> رقم الجرعة 3 <input type="checkbox"/> رقم الجرعة 4 <input type="checkbox"/> رقم الجرعة 5	DTP/DTaP/Td (الدفتيريا، والتيتانوس، والسعال الديكي) <input type="checkbox"/> لم يتم تسجيل أي تواريخ أو لم يتم استكمال الجرعات. <input type="checkbox"/> يجب الحصول على آخر جرعة في التطعيم عند بلوغ سن 4 سنوات أو بعد ذلك. <input type="checkbox"/> عدم ترك وقت كافٍ بين الجرعات أو الحصول على الجرعات في سن غير مناسب.	
	<input type="checkbox"/> رقم الجرعة 1	الجرعة التنشيطية للفاح Tdap (التيتانوس، والدفتيريا، والسعال الديكي)	
رقم الجرعة 1 رقم الجرعة 2 رقم الجرعة 3 رقم الجرعة 4	<input type="checkbox"/> رقم الجرعة 1 <input type="checkbox"/> رقم الجرعة 2 <input type="checkbox"/> رقم الجرعة 3 <input type="checkbox"/> رقم الجرعة 4	IPV/OPV (شلل الأطفال) <input type="checkbox"/> لم يتم تسجيل أي تواريخ أو لم يتم استكمال الجرعات. <input type="checkbox"/> يجب الحصول على آخر جرعة في التطعيم عند بلوغ سن 4 سنوات أو بعد ذلك. <input type="checkbox"/> عدم ترك وقت كافٍ بين الجرعات أو الحصول على الجرعات في سن غير مناسب.	
رقم الجرعة 1 رقم الجرعة 2	<input type="checkbox"/> رقم الجرعة 1 <input type="checkbox"/> رقم الجرعة 2	MMR (ضد الحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية) <input type="checkbox"/> لم يتم تسجيل أي تواريخ أو لم يتم استكمال الجرعات. <input type="checkbox"/> يجب استكمال الجرعات عند عمر عام واحد أو بعد ذلك. <input type="checkbox"/> تم إعطاء اللقاح قبل مرور 28 يومًا على الحماق أو أول جرعة من اللقاح الثلاثي المضاد للحصبة والنكاف والحصبة الألمانية.	

Autauga County School District

Arabic
Notice of Incomplete Immunization Status

التاريخ الواجب الحصول على التطعيم فيه	الجرعات المفقودة	التطعيم	لم يحصل عليه الطفل/ لم يستكمه
	<input type="checkbox"/> رقم الجرعة 1 <input type="checkbox"/> رقم الجرعة 2	Varicella (الحماق) <input type="checkbox"/> لم يتم تسجيل أي تواريخ أو لم يتم استكمال الجرعات. <input type="checkbox"/> يجب استكمال الجرعات عند عمر عام واحد أو بعد ذلك. <input type="checkbox"/> تم إعطاء اللقاح قبل مرور 28 يوماً على أول جرعة من اللقاح الثلاثي المضاد للحصبة والنكاف والحصبة الألمانية أو أول جرعة من الحماق. <input type="checkbox"/> وثائق غير كاملة للإصابة بمرض الحماق.	
	<input type="checkbox"/> رقم الجرعة 1 <input type="checkbox"/> رقم الجرعة 2 <input type="checkbox"/> رقم الجرعة 3	غير ذلك: _____	

يُرجى أخذ هذه الاستمارة معك بالإضافة إلى أي مستندات خاصة بالتطعيمات السابقة عندما تصطحب طفلك للحصول على التطعيمات وذلك حتى تضمن حصول طفلك على التطعيمات السليمة.

إذا كانت لديك أسئلة أو تحتاج إلى مساعدة، يُرجى الاتصال بمرضى/ممرضة المدرسة، أو مقدم الرعاية الطبية، أو الإدارة الصحية المحلية. وللمزيد من المعلومات عن التطعيمات، يُرجى زيارة موقع مراكز التحكم في الأمراض بالولايات المتحدة الأمريكية (U.S. Centers for Disease Control (CDC)) على شبكة الإنترنت www.cdc.gov/vaccines أو زيارة الإدارة الصحية بولايتك أو الإدارة الصحية المحلية في العنوان التالي

_____:

ونشكر لك اهتمامك العاجل بهذا الأمر.

الاسم: _____ التاريخ: _____

البريد الإلكتروني: _____ الهاتف: _____

Autauga County School District

未接種予防接種状況の通知

生徒: _____ 生年月日: _____

保護者各位:

Alabama 州学校免疫法 _____ では、お子さんが学校に在籍し続けるために正しく予防接種を受けることを義務付けています。お子様の記録を見直した結果、お子様は下記の印が付いている項目に該当しています。

_____ (date) までにお子様の記録を更新し、お子様が通学禁止処分を受けずに通学を続けられるようにしてください。

お子様の予防接種記録は以下の理由により不完全です。

- 学校が記録を受け取っていない。
- 下記の印が付いている項目が欠落または不完全。
 - 入学要件
 - 新しい要件
 - お子様の記録の更新
- 指定の箇所に、親または保護者の署名および/または署名の日付が必要。
- 指定の箇所に、医師/医療専門家の署名および/または署名の日付が必要。
- 新しい予防接種に関して現在の免除証書を更新する必要がある。
- Alabama 州が承認する予防接種証明書 (かかりつけの医師/医療専門家または地元の保健所から入手可能) に記録を移す必要がある。

下記に示されている未接種あるいは不完全なワクチンについて、以下の 1 つをご用意ください。お子様がワクチンを受けた記録、免疫があることを示す血液検査 (タイター) の記録および/またはワクチンの免除証書。

未接種/ 不完全	ワクチン	未接種の回数	期限
	DTP/DTaP/Td (ジフテリア、破傷風、百日咳) <input type="checkbox"/> 日付が記録されていない、必要な回数を受けていない。 <input type="checkbox"/> 一連の接種の最後の接種は、4 歳を過ぎてから受けること。 <input type="checkbox"/> 接種間隔が十分でない、または不適切な年齢で接種を受けた。	<input type="checkbox"/> 接種 1 <input type="checkbox"/> 接種 2 <input type="checkbox"/> 接種 3 <input type="checkbox"/> 接種 4 <input type="checkbox"/> 接種 5	
	Tdap 追加接種 (破傷風、ジフテリア、百日咳)	<input type="checkbox"/> 接種 1	
	IPV/OPV (ポリオ) <input type="checkbox"/> 日付が記録されていない、必要な回数を受けていない。 <input type="checkbox"/> 一連の接種の最後の接種は、4 歳を過ぎてから受けること。 <input type="checkbox"/> 接種間隔が十分でない、または不適切な年齢で接種を受けた。	<input type="checkbox"/> 接種 1 <input type="checkbox"/> 接種 2 <input type="checkbox"/> 接種 3 <input type="checkbox"/> 接種 4	
	MMR (はしか、おたふく風邪、風疹) <input type="checkbox"/> 日付が記録されていない、必要な回数を受けていない。 <input type="checkbox"/> ワクチンは 1 歳を過ぎてから受けること。 <input type="checkbox"/> ワクチンは水痘または最初の MMR を受けてから 28 日以内に投与された。	<input type="checkbox"/> 接種 1 <input type="checkbox"/> 接種 2	

Autauga County School District

未接種/ 不完全	ワクチン	未接種の回数	期限
	Varicella (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 日付が記録されていない、必要な回数を受けていない。 <input type="checkbox"/> ワクチンは1歳を過ぎてから受けること。 <input type="checkbox"/> ワクチンはMMRまたは最初の水痘を受けてから28日以内に投与された。 <input type="checkbox"/> 水ぼうそうを患ったことを示す文書が不完全。	<input type="checkbox"/> 接種 1 <input type="checkbox"/> 接種 2	
	その他: _____	<input type="checkbox"/> 接種 1 <input type="checkbox"/> 接種 2 <input type="checkbox"/> 接種 3	

お子様が正しく予防接種を受けられるよう、予防接種を受けに行かれる際は、この用紙および以前の予防接種記録をご持参ください。

質問がある場合またはアシスタンスが必要な場合は、学校看護師、医療専門家または地元の保健所までお問い合わせください。ワクチンについての詳細は、アメリカ疾病管理予防センター (U.S. Centers for Disease Control (CDC)) のウェブサイト、www.cdc.gov/vaccines または州または地元の保健所のウェブサイト _____ をご覧ください。

早急にご対応いただけますよう、お願いいたします。

氏名: _____ 日付: _____

電子メール: _____ 電話番号: _____

Autauga County School District

ประกาศแจ้งการรับวัคซีนไม่ครบ

นักเรียน: _____ วันเกิด: _____

เรียน พ่อแม่/ผู้ปกครอง:

กฎหมายของรัฐ Alabama ว่าด้วยการให้วัคซีนในโรงเรียน _____

กำหนดว่าบุตรหลานของท่านจะต้องได้รับวัคซีนอย่างเหมาะสม จึงจะสามารถเข้าเรียนหรือศึกษาต่อในโรงเรียนได้ จากการตรวจสอบบันทึกข้อมูลพบว่าบุตรหลานของท่านขาดวัคซีนตามที่ระบุไว้ด้านล่างนี้

โปรดปรับปรุงบันทึกข้อมูลของบุตรหลานของท่านภายใน _____ (date)
เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกคัดแยกและเพื่อให้แน่ใจว่าบุตรหลานของท่านจะได้รับอนุญาตให้เข้าเรียนได้

บันทึกข้อมูลการรับวัคซีนของบุตรหลานของท่านไม่ครบถ้วนสมบูรณ์เนื่องจาก:

- ทางโรงเรียนยังไม่ได้รับบันทึกข้อมูล
- รายการต่อไปนี้ขาดไปหรือไม่ครบถ้วน ได้แก่:
 - ข้อกำหนดสำหรับการเข้าเรียน
 - ข้อกำหนดใหม่
 - การปรับปรุงบันทึกข้อมูลของบุตรหลานของท่าน
- พ่อแม่หรือผู้ปกครองต้องเซ็นชื่อรับรองและ/หรือลงวันที่กำกับ
- แพทย์/สถานพยาบาลต้องเซ็นชื่อรับรองและ/หรือลงวันที่กำกับ
- ใบรับรองการยกเว้นที่มีอยู่ต้องได้รับการปรับปรุงตามข้อมูลใหม่เกี่ยวกับการรับวัคซีน
- ต้องโอนบันทึกข้อมูลไปยังใบรับรองการรับวัคซีนที่อนุมิโครัฐ Alabama ซึ่งสามารถขอรับได้จากแพทย์/สถานพยาบาล หรือหน่วยงานสาธารณสุข

สำหรับวัคซีนแต่ละรายการที่ขาดไปหรือไม่ครบถ้วนตามที่ระบุด้านล่างนี้ โปรดจัดหาเอกสารอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้:

บันทึกข้อมูลที่ระบุว่าบุตรหลานของท่านได้รับวัคซีนแล้ว ผลการตรวจเลือด (ระดับไตเตอร์) ซึ่งแสดงว่ามีภูมิคุ้มกัน และ/หรือใบรับรองการยกเว้นการรับวัคซีน

ขาดไปหรือไม่ครบถ้วน	วัคซีน	ครั้งที่ขาดไป	วันที่ครบกำหนด
	DTP/DTaP/Td (คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน) <input type="checkbox"/> ไม่ได้บันทึกวันที่หรือชุดวัคซีนไม่ครบ <input type="checkbox"/> ต้องรับวัคซีนครั้งสุดท้ายเมื่ออายุ 4 เดือนขึ้นไป <input type="checkbox"/> เว้นระยะเวลาไม่เพียงพอสำหรับการรับวัคซีนแต่ละครั้งหรือได้รับวัคซีนในช่วงอายุที่ไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ครั้งที่ 1 <input type="checkbox"/> ครั้งที่ 2 <input type="checkbox"/> ครั้งที่ 3 <input type="checkbox"/> ครั้งที่ 4 <input type="checkbox"/> ครั้งที่ 5	
	ฉีดกระตุ้น Tdap (บาดทะยัก คอตีบ ไอกรน)	<input type="checkbox"/> ครั้งที่ 1	
	IPV/OPV (โปลิโอ) <input type="checkbox"/> ไม่ได้บันทึกวันที่หรือชุดวัคซีนไม่ครบ <input type="checkbox"/> ต้องรับวัคซีนครั้งสุดท้ายเมื่ออายุ 4 เดือนขึ้นไป <input type="checkbox"/> เว้นระยะเวลาไม่เพียงพอสำหรับการรับวัคซีนแต่ละครั้งหรือได้รับวัคซีนในช่วงอายุที่ไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ครั้งที่ 1 <input type="checkbox"/> ครั้งที่ 2 <input type="checkbox"/> ครั้งที่ 3 <input type="checkbox"/> ครั้งที่ 4	
	MMR (หัด คางทูม หัดเยอรมัน) <input type="checkbox"/> ไม่ได้บันทึกวันที่หรือชุดวัคซีนไม่ครบ <input type="checkbox"/> ต้องรับวัคซีนเมื่ออายุ 1 ปีขึ้นไป <input type="checkbox"/> รับวัคซีนภายในเวลาไม่ถึง 28 วันหลังจากที่รับวัคซีน MMR หรือวัคซีนอีสุกอีใสครั้งแรก	<input type="checkbox"/> ครั้งที่ 1 <input type="checkbox"/> ครั้งที่ 2	

Autauga County School District

Thai
Notice of Incomplete Immunization Status

ขาดไปหรือไม่ ครบถ้วน	วัคซีน	ครั้งที่ขาดไป	วันที่ครบกำหนด
	Varicella (อีสุกอีใส) <input type="checkbox"/> ไม่ได้บันทึกวันที่หรือชุดวัคซีนไม่ครบ <input type="checkbox"/> ต้องรับวัคซีนเมื่ออายุ 1 ปีขึ้นไป <input type="checkbox"/> รับวัคซีนภายในเวลาไม่ถึง 28 วันหลังจากที่รับวัคซีน MMR หรือวัคซีนอีสุกอีใสครั้งแรก <input type="checkbox"/> เอกสารยืนยันว่าเคยป่วยเป็นโรคอีสุกอีใสไม่ครบถ้วนสมบูรณ์	<input type="checkbox"/> ครั้งที่ 1 <input type="checkbox"/> ครั้งที่ 2	
	อื่นๆ: _____	<input type="checkbox"/> ครั้งที่ 1 <input type="checkbox"/> ครั้งที่ 2 <input type="checkbox"/> ครั้งที่ 3	

โปรดนำเอาสำเนาแบบฟอร์มนี้ รวมถึงบันทึกข้อมูลการรับวัคซีนก่อนหน้า ติดตัวไปด้วย
เมื่อท่านพบบุตรหลานไปรับวัคซีนเพื่อให้แน่ใจว่าบุตรหลานของท่านได้รับวัคซีนอย่างถูกต้อง

หากท่านมีข้อสงสัยหรือต้องการความช่วยเหลือ โปรดติดต่อพยาบาลของทางโรงเรียน สถานพยาบาล หรือหน่วยงานสาธารณสุข หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวัคซีน กรุณาเข้าไปที่เว็บไซต์ของ U.S. Centers for Disease Control (CDC) ที่ www.cdc.gov/vaccines หรือติดต่อหน่วยงานด้านสาธารณสุขประจำรัฐหรือในท้องถิ่นที่ _____

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ!

ชื่อ: _____ วันที่: _____

อีเมล: _____ โทรศัพท์: _____

Autauga County School District

Ogeysiis ah Xaaladda Tallaalka Aan Dhammeystirnayn

Ardeyga: _____ Taariikhda
dhalashada: _____

Gacaliye Waalid/Mas'uul:

Sharciga Tallaalka Gobolka Alabama _____ wuxuu u baahan yahay in cunugaaga si habboon loo tallaalo si uu u dhigto ama uu u sii wado dhigashada dugsiga. Dib-u hubinta diiwaangelinada cunugaaga waxay muujinaysaa in cunugaaga uusan lahayn walxaha xagga hoose lagu calaamadeeyay.

Fadlan soo cusbooneysiis diiwaangelinada cunugaaga kama danbays _____ (date) si aad uga ilaalisid ka-reebis waxaadna habsataa in cunugaaga loo oggolaadey dhigashada dugsiga.

Diiwaangelinada Tallaalka cunugaaga ma dhammeystirna sababo la xiriira walxahan soo socda awgood:

- Dugsiga ma uusan helin wax diiwaangelino ah.
- Walaxa(walxaha) hoose lagu calaamadeeyay ma dhammeystirno ama way maqan yihiin. Kani waa:
 - shardhiga loogu talagalay gelitaanka dugsiga
 - shardhiga cusub
 - cusbooneysiinta diiwaangelinada cunugaaga
- Wuxuu u baahan yahay saxiixa waalidka ama mas'uulka iyo/ama taariikhda saxiixa meesha lagu muujiyay.
- Wuxuu u baahan yahay saxiixa takhtarka/bixiyeha daryeelka caafimaad iyo/ama taariikhda saxiixa meeshii lagu muujiyay.
- Shahaadada Ka-reebista Hadda la joogo waxay u baahan tahay cusbooneysiin loogu talagalay tallaallo cusub.
- Diiwaangelinada waxaa loo baahan yahay in loo wareejiyo Shahaadada Tallaalka ee uu oggolaadet Gobolka Alabama ee laga heli karo takhtarkaaga/bixiyeha daryeelkaaga caafimaad ama waaxda caafimaad deegaankaada.

Tallaal kasta ee maqan ama aan dhammeystirnayn ee lagu muujiyay xagga hoose, fadlan keen mid ka mid ah kuwan soo socda: Diiwaan ah in cunugaaga uu qaatey tallaalka, baaritaan dhiig (titer) uu muujinaya awoodda jirku uu ugu adkaysto cudurada, iyo/ama shahaadada ka-reebista tallaalka.

Maqan ama Aan Dhammeystirnayn	Tallaal	Qiyaasta daawo ee Maqan	Taariikhda la filayey
	Tallaalada DTP/DTaP/Td (Gawracato (Diphtheria), Teetano (Tetanus), Jiix (Pertussis)) <input type="checkbox"/> Wax taariikhyo ah lama diiwaangelinin ama taxaalka ma dhammeystirno. <input type="checkbox"/> Qiyaasta daawadda taxaalka ugu danbeysa waa in lagu qaatey da'da 4 sannadood jir ama kadib. <input type="checkbox"/> Waqti kaafi ah ma jiro oo u dhaxeeya qiyaasaha daawada ama qiyaasta daawada waxaa lagu qaatey da' aan ku habbooneyn.	<input type="checkbox"/> Lambarka Qiyaasta Daawo 1 <input type="checkbox"/> Lambarka Qiyaasta Daawo 2 <input type="checkbox"/> Lambarka Qiyaasta Daawo 3 <input type="checkbox"/> Lambarka Qiyaasta Daawo 4 <input type="checkbox"/> Lambarka Qiyaasta Daawo 5	
	Irbidda Dheeraadka ah ee Tdap (Teetano (Tetanus), Gawracato (Diphtheria), Jiix (Pertussis))	<input type="checkbox"/> Lambarka Qiyaasta Daawo 1	
	IPV/OPV (Cudurka Dabeysha) <input type="checkbox"/> Wax taariikhyo ah lama diiwaangelinin ama taxaalka ma dhammeystirno. <input type="checkbox"/> Qiyaasta daawadda taxaalka ugu danbeysa waa in lagu qaatey da'da 4 sannadood jir ama kadib. <input type="checkbox"/> Waqti kaafi ah ma jiro oo u dhaxeeya qiyaasaha daawada ama qiyaasta daawada waxaa lagu qaatey da' aan ku habbooneyn.	<input type="checkbox"/> Lambarka Qiyaasta Daawo 1 <input type="checkbox"/> Lambarka Qiyaasta Daawo 2 <input type="checkbox"/> Lambarka Qiyaasta Daawo 3 <input type="checkbox"/> Lambarka Qiyaasta Daawo 4	
	Tallaalka MMR (Cudurka Jadeecada, Qaama-qashiirka cunaha ku dhaca iyo Rubeela) <input type="checkbox"/> Wax taariikhyo ah lama diiwaangelinin ama taxaalka ma dhammeystirno. <input type="checkbox"/> Tallaalada waa in lagu qaatey da'da 1 sanno jir ama kadib. <input type="checkbox"/> Tallaalka waxaa la siiyay in ka yar 28 maalmood kadib Bus-buska ama MMR ugu horeeya.	<input type="checkbox"/> Lambarka Qiyaasta Daawo 1 <input type="checkbox"/> Lambarka Qiyaasta Daawo 2	

Autauga County School District

Somali
Notice of Incomplete Immunization Status

Maqan ama Aan Dhammeystir naysn	Tallaal	Qiyaasta daawo ee Maqan	Taariikhda la filayey
	Varicella (Bus-bus) <input type="checkbox"/> Wax taariikhyo ah lama diiwaangelinin ama taxaalka ma dhammeystirno. <input type="checkbox"/> Tallaalada waa in lagu qaatey da'da 1 sanno jir ama kadib. <input type="checkbox"/> Tallaalka waxaa la siiyay in ka yar 28 maalmood kadib MMR ama Bus-buska ugu horeeya. <input type="checkbox"/> Dukumeenti aan dhammeystirnaysn ee ah qabiidda Cudurka Bus-buska.	<input type="checkbox"/> Lambarka Qiyaasta Daawo 1 <input type="checkbox"/> Lambarka Qiyaasta Daawo 2	
	Kuwo kale: _____	<input type="checkbox"/> Lambarka Qiyaasta Daawo 1 <input type="checkbox"/> Lambarka Qiyaasta Daawo 2 <input type="checkbox"/> Lambarka Qiyaasta Daawo 3	

Fadlan soo qaado nuqul ah foomkan iyo diiwaangelinada tallaal ee kol hore ah marka adiga iyo cunugaaga aad aadeysaan tallaalada si aad u habsatid in cunugaaga uu qaato tallaalka(tallaalada) saxda ah.

Haddii aad qabtid su'aalo ama aad u baahan tahay caawimaad, fadlan la xiriiir kalkaalisada dugsigaaga, bixiyaha daryeelkaaga caafimaad ama waaxda caafimaadka deegaanka. Wixii xog dheeraad ah ee ku saabsan tallaalada, fadlan booqo barta internetka ee Xarumaha Xakameynta Cudurka ee Mareykanka (U.S. Centers for Disease Control (CDC)) ee ah www.cdc.gov/vaccines, ama gobolkaaga ama waaxda caafimaadka deegaankaaga _____.

Waad ku mahadsantahay ka-fiirsashadaada isla markiiba ah ee arrintan!

Magac: _____ Taariikh: _____

E-mailka: _____ Taleefoon: _____

Autauga County School District

Paunawa sa Katayuan sa Hindi Kumpletong Immunization

Mag-aaral: _____ Araw ng Kapanganakan: _____

Minamahal na Magulang/Tagapag-alaga:

Inaatas ng batas sa Immunization ng Estado ng Alabama para sa Paaralan na _____ na ang anak mo ay maayos na ma-immunize upang pumasok o patuloy na pumasok sa paaralan. Nakaindika sa pagrepaso ng mga tala ng iyong anak na kulang ang anak mo sa (mga) bagay na nakamarka sa ibaba.

Paki-update ang mga tala ng anak mo nang hindi lalagpas sa _____ (date) upang maiwasan ang hindi pagsali at masiguro na pahihintulutan ang anak mo na pumasok sa paaralan.

Ang mga tala ng anak mo sa immunization ay hindi kumpleto dahil sa sumusunod:

- Walang natanggap na mga tala ang paaralan.
- Ang (mga) bagay na nakamarka sa ibaba ay wala o hindi kumpleto. Ito ay:
 - isang pangangailangan sa pagpasok sa paaralan
 - isang bagong pangangailangan
 - isang update sa mga tala ng anak mo
- Kailangan ng pirma ng magulang o tagapag-alaga at/o petsa ng lagda kung saan nakatukoy.
- Kailangan ng lagda ng manggagamot/tagapag-bigay alaga sa kalusugan at/o petsa ng lagda kung saan naka-indika.
- Kailangan ng kasalukuyang Serpitiko ng Hindi Pagkakasama (Certificate of Exemption) ng pag-update para sa mga bagong immunization.
- Kailangang mailipat ang mga tala papunta sa aprubado ng Estado ng Alabama na Sertipiko ng Immunization (Certificate of Immunization) na makukuha mula sa iyong manggagamot/tagapagbigay-alaga sa kalusugan o lokal na kagawaran ng kalusugan.

Para sa bawat wala o kulang na bakunang nakatukoy sa ibaba, pakilaan ang isa sa sumusunod: isang tala na ang anak mo ay nakatanggap ng bakuna, isang pagsusuri sa dugo (titer) na nagpapakita ng immunity, at/o isang sertipiko ng hindi pagkakasama mula sa bakuna.

Wala o Kulang	Bakuna	Mga Walang Dosis	Nakatakdang Petsa
	DTP/DTaP/Td (<i>Diphtheria, Tetano, Pertussis</i>) <input type="checkbox"/> Wala pang naitalang mga petsa o hindi kumpleto ang serye. <input type="checkbox"/> Ang huling dosis sa serye ay dapat matanggap sa o makalipas ang 4 na taong gulang. <input type="checkbox"/> Hindi sapat ang oras sa pagitan ng mga dosis o ang dosis ay natanggap sa hindi tamang edad.	<input type="checkbox"/> Dosis #1 <input type="checkbox"/> Dosis #2 <input type="checkbox"/> Dosis #3 <input type="checkbox"/> Dosis #4 <input type="checkbox"/> Dosis #5	
	Tdap Booster Shot (<i>Tetano, Diphtheria, Pertussis</i>)	<input type="checkbox"/> Dosis #1	
	IPV/OPV (<i>Polyo</i>) <input type="checkbox"/> Wala pang naitalang mga petsa o hindi kumpleto ang serye. <input type="checkbox"/> Ang huling dosis sa serye ay dapat matanggap sa o makalipas ang 4 na taong gulang. <input type="checkbox"/> Hindi sapat ang oras sa pagitan ng mga dosis o ang dosis ay natanggap sa hindi tamang edad.	<input type="checkbox"/> Dosis #1 <input type="checkbox"/> Dosis #2 <input type="checkbox"/> Dosis #3 <input type="checkbox"/> Dosis #4	
	MMR (<i>Tigdas, Beke & Rubella</i>) <input type="checkbox"/> Wala pang naitalang mga petsa o hindi kumpleto ang serye. <input type="checkbox"/> Dapat makumpleto ang mga pagbabakuna sa o makalipas ang 1 taong gulang. <input type="checkbox"/> Binigay ang bakuna nang mas mababa sa 28 araw makalipas ang Varicella o unang MMR.	<input type="checkbox"/> Dosis #1 <input type="checkbox"/> Dosis #2	

Autauga County School District

Wala o Kulang	Bakuna	Mga Walang Dosis	Nakatakdang Petsa
	Varicella (<i>Bulutong Tubig</i>) <input type="checkbox"/> Wala pang naitalang mga petsa o hindi kumpleto ang serye. <input type="checkbox"/> Dapat makumpleto ang mga pagbabakuna sa o makalipas ang 1 taong gulang. <input type="checkbox"/> Ang bakuna ay ibinigay nang mas mababa sa 28 araw makalipas ang MMR o unang Varicella. <input type="checkbox"/> Hindi kumpletong dokumentasyon ng pagkakaroon ng sakit na Bulutong Tubig.	<input type="checkbox"/> Dosis #1 <input type="checkbox"/> Dosis #2	
	Iba pa: _____	<input type="checkbox"/> Dosis #1 <input type="checkbox"/> Dosis #2 <input type="checkbox"/> Dosis #3	

Pakidala ang kopya ng pormularyong ito at anumang nakaraang mga tala ng immunization kapag ikaw at ang anak mo ay pumunta para sa mga pagbabakuna upang masiguro na matanggap ng anak mo ang (mga) tamang bakuna.

Kung mayroon kang mga tanong o kailangan ng tulong, mangyaring makipag-ugnayan sa inyong nars sa paaralan, tagapagbigay ng pangangalaga sa kalusugan o lokal na kagawaran ng kalusugan. Para sa karagdagang impormasyon sa mga bakuna, pakibisita ang website ng U.S. Centers for Disease Control (CDC) sa www.cdc.gov/vaccines, o sa iyong pang-estado o lokal na kagawaran ng kalusugan sa _____.

Salamat sa agaran mong atensiyon sa usaping ito!

Pangalan: _____ Petsa: _____

Email: _____ Telepono: _____

Autauga County School District

Daim Ntawv Ceebtoom Qhov Txhaj Tshuaj Tiv Thaiv Kabmob Tsis Tiav

Menyuam Kawm Ntawv: _____ Hnub Yug: _____

Nyob Zoo Niam-Txiv/Tus Saib Xyuas Menyuam:

Lub Xeev Alabama Txoj Cai Lij Choj Txhaj Tshuaj Tiv Thaiv Kabmob Hauv Tsev Kawm Ntawv

_____ xav kom koj tus menyuam raug txhaj tshuaj tiv thaiv kabmob raug raws li cov txheej txheem thiaj tau mus kawm ntawv lossis cia mus kawm ntawv lub tsev kawm ntawv txuas mus ntxiv. Qhov rov qab txheeb xyuas koj tus menyuam cov ntaub ntawv txhaj tshuaj sau tseg pom tau tias koj tus menyuam tsis tau txhaj cov tshuaj raws li hauv qab no.

Thov kho koj tus menyuam cov ntaub ntawv txhaj tshuaj dua tshiab kom tsis pub qeeb dua _____ (date) thiaj zam tsis raug rho tawm thiab thiaj pub koj tus menyuam mus kawm ntawv tom tsev kawm ntawv tau.

Koj tus menyuam cov ntaub ntawv txhaj tshuaj tiv thaiv kabmob sau tseg uas txhaj tshuaj tsis tiav vim xws li hauv qab no:

- Tsis txais cov ntaub ntawv los tom lub tsev kawm ntawv.
- Cov npe cim hauv qab no tsis muaj lossis ua tsis tiav. Qhov no muaj xws li:
 - ib daim ntawv tso cai nkag mus kawm hauv tsev kawm ntawv
 - ib daim ntawv tshiab yuav tsum muaj
 - cov ntaub ntawv kho tshiab rau koj tus menyuam cov ntaub ntawv sau tseg
- Xav tau niam-txiv/tus saib xyuas menyuam qauv tes kos npe thiab/lossis hnub kos npe.
- Xav tau tus kws khomob/lub chaw saib xyuas mob qauv tes kos npe thiab/lossis hnub kos npe.
- Daim Ntawv Pov Thawj Zam Tamsis no uas hais txog kev kho cov ntaub ntawv txhaj tshuaj tiv thaiv kabmob tshiab.
- Cov ntaub ntawv teev num sau tseg yuav tsum muab xa mus rau Lub Xeev Alabama State tso cai Daim Ntawv Pov Thawj Txhaj Tshuaj Tiv Thaiv Kabmob uas tau los tom koj tus kws khomob/lub chaw saib xyuas mob lossis lub chaw saib xyuas mob hauv ib cheeb tsam.

Rau txhua tus neeg tsis tau txhaj tshuaj lossis ua tsis tiav uas qhia rau hauv qab no, thov qhia ib ntawm cov npe txuas mus ntxiv no: ib daim ntawv teev num sau tseg uas koj tus menyuam tau txais kev txhaj tshuaj tiv thaiv kabmob, ib daim ntawv kuaj nntshav (menyuam me) uas pom tau tias tiv tau kabmob, thiab/lossis daim ntawv pov thawj zam tsis tau txhaj tshuaj.

Tsis Tau Txhaj Tshuaj lossis ua tsis tiav	Hom Tshuaj Txhaj Tiv Thaiv	Koob Tshuaj Tsis Tau Txhaj	Hnub Txog Sijhawm
	DTP/DTaP/Td (<i>Diphtheria, Tetanus, Pertussis</i>) <input type="checkbox"/> Tsis muaj hnub sau tseg tias tau txhaj tshuaj lossis txhaj tshuaj tsis tiav. <input type="checkbox"/> Cov koob tshuaj txhaj zaum tag los yuav tsum tau txhaj thaum txog lossis tomqab hnub nyoog 4 lub xyoos. <input type="checkbox"/> Sijhawm losyog hnub nyoog tsis txaus rau koob tshuaj lossis txhaj koob tshuaj tsis haum rau lub hnub nyoog.	<input type="checkbox"/> Koob #1 <input type="checkbox"/> Koob #2 <input type="checkbox"/> Koob #3 <input type="checkbox"/> Koob #4 <input type="checkbox"/> Koob #5	
	Tdap Koob Txhaj Tshuaj (<i>Tetanus, Diphtheria, Pertussis</i>)	<input type="checkbox"/> Koob #1	
	IPV/OPV (<i>Polio</i>) <input type="checkbox"/> Tsis muaj hnub sau tseg tias tau txhaj tshuaj lossis txhaj tshuaj tsis tiav. <input type="checkbox"/> Cov koob tshuaj txhaj zaum tag los yuav tsum tau txhaj thaum txog lossis tomqab hnub nyoog 4 lub xyoos. <input type="checkbox"/> Sijhawm losyog hnub nyoog tsis txaus rau koob tshuaj lossis txhaj koob tshuaj tsis haum rau lub hnub nyoog.	<input type="checkbox"/> Koob #1 <input type="checkbox"/> Koob #2 <input type="checkbox"/> Koob #3 <input type="checkbox"/> Koob #4	
	MMR (<i>Measles, Mumps & Rubella</i>) <input type="checkbox"/> Tsis muaj hnub sau tseg tias tau txhaj tshuaj lossis txhaj tshuaj tsis tiav. <input type="checkbox"/> Cov tshuaj tiv thaiv kabmob yuav tsum tau txhaj thaum txog lossis tomqab hnub nyoog 1 lub xyoos. <input type="checkbox"/> Tshuaj tiv thaiv kabmob tau muab rau tsis pub dhau 28 hnub tomqab hom tshuaj Varicella lossis thawj thawj hom tshuaj MMR.	<input type="checkbox"/> Koob #1 <input type="checkbox"/> Koob #2	

Autauga County School District

Hmong
Notice of Incomplete Immunization Status

Tsis Tau Txhaj Tshuaj lossis ua tsis tiav	Hom Tshuaj Txhaj Tiv Thaiv	Koob Tshuaj Tsis Tau Txhaj	Hnub Txog Sijhawm
	Varicella (<i>Chicken Pox</i>) <input type="checkbox"/> Tsis muaj hnub sau tseg tias tau txhaj tshuaj lossis txhaj tshuaj tsis tiav. <input type="checkbox"/> Cov tshuaj tiv thaiv kabmob yuav tsum tau txhaj thaum txog lossis tomqab hnub nyoog 1 lub xyos. <input type="checkbox"/> Hom tshuaj tshuaj txhaj tiv thaiv kamob MMR thiab thawj thawj hom tshuaj Varicella yuav tau hloov tomqab 28 hnub. <input type="checkbox"/> Cov ntaub ntawv txhaj tshuaj tiv thaiv uas txhaj tsis tiav rau tus kabmob Pob Xoo Liab (<i>Chicken Pox</i>).	<input type="checkbox"/> Koob #1 <input type="checkbox"/> Koob #2	
	Lwmyam: _____	<input type="checkbox"/> Koob #1 <input type="checkbox"/> Koob #2 <input type="checkbox"/> Koob #3	

Thov theej daim ntawv foos no thiab txhua yam ntaub ntawv txhaj tshuaj yav dhau los nqa nrog koj mus thaum koj thiab koj tus menyuam neb mus txhaj tshuaj thiaj li paub meej tias koj tus menyuam tau txhaj tshuaj tiv thaiv kabmob thawj.

Yog koj muaj lus nug lossis xav tau kev pab, thov hu xovtooj rau koj lub tsev kawm ntawv tus kws tu neeg mob, lub chaw saib xyuas mob lossis lub chaw saib xyuas mob nkeeg hauv ib cheeb tsam. Xav paub lwmyam ntaub ntawv txhaj tshuaj ntxiv thov mus saib lub vev-xaij ntawm Tsoomfww Mekas Lub Chaws Tswj Xyuas Kabmob (U.S. Centers for Disease Control (CDC)) rau ntawm www.cdc.gov/vaccines, lossis koj lub xeev lossis lub chaw saib xyuas mob nkeeg hauv ib cheeb tsam rau ntawm _____.

Ua tsaug txog koj qhov kev mob siab rau qhov teebmeem no!

Lub Npe: _____ Hnub: _____

Email: _____ Xovtooj: _____

Autauga County School District
Avi sou Kondisyon Iminizasyon k pa Konplè

Elèv: _____ Dat Li Fèt: _____

Chè Paran / Gadyen Legal:

Lalwa Iminizasyon Lekòl Leta Alabama _____ egzije ke pitit ou resevwa vaksen nan fason ki apwopriye pou li kapab patisipe oswa kontinye ale lekòl. Yon rezime nan dosye pitit ou yo endike ke pitit ou manke atik la (yo) ki endike anba a.

Tanpri mete dosye pitit ou yo ajou pa pi ta ke _____ (date) pou evite esklizyon epi pou asire ke pitit ou pral pèmèt pou ale lekòl.

Dosye iminizasyon pitit ou yo enkonplè akòz annapre yo:

- Lekòl la pa resevwa okenn dosye yo.
- Atik la (yo) ki endike manke oswa enkonplè. Sa a se:
 - yon kondisyon pa ale lekòl
 - yon kondisyon nouvo
 - yon mizajou nan dosye pitit ou yo
- Siyati paran / oswa gadyen legal ak / oswa dat siyati a nesèsè kote li endike.
- Siyati doktè / founisè swen sante ak / oswa dat siyati a nesèsè kote li endike.
- Sètifika Egzanpsyon aktyèl la dwe ajoute iminizasyon nouvo yo.
- Dosye yo dwe transfere nan yon Sètifika Vaksinasyon ki apwouve dapre Leta Alabama ki kapab jwenn nan men doktè / founisè swen sante w oswa depatman sante lokal ou.

Pou chak vaksen ki manke oswa enkonplè ki te endike anba a, tanpri founi youn nan annapre yo: yon dosye ke pitit ou te resevwa vaksen an, tès san (titer) ki montre iminite, ak / oswa yon sètifika egzanpsyon nan vaksen.

Manke oswa Enkonplè	Vaksen	Dòz yo ki Manke	Dat Limit
	DTP/DTaP/Td (Difteri, Tetanòs, Koklich) <input type="checkbox"/> Pa gen okenn dat yo ki te endike oswa seri yo enkonplè. <input type="checkbox"/> Dènye dòz nan seri yo dwe resevwa nan oswa apre laj 4 an. <input type="checkbox"/> Pa gen ase tann ant dòz yo oswa dòz la te resevwa nan yon laj ki pa t apwopriye.	<input type="checkbox"/> Dòz #1 <input type="checkbox"/> Dòz #2 <input type="checkbox"/> Dòz #3 <input type="checkbox"/> Dòz #4 <input type="checkbox"/> Dòz #5	
	Rapèl Vaksen Tdap (Tetanòs, Difteri, Koklich)	<input type="checkbox"/> Dòz #1	
	IPV/OPV (Polyo) <input type="checkbox"/> Pa gen okenn dat yo ki te endike oswa seri yo enkonplè. <input type="checkbox"/> Dènye dòz nan seri yo dwe resevwa nan oswa apre laj 4 an. <input type="checkbox"/> Pa gen ase tann ant dòz yo oswa dòz la te resevwa nan yon laj ki pa t apwopriye.	<input type="checkbox"/> Dòz #1 <input type="checkbox"/> Dòz #2 <input type="checkbox"/> Dòz #3 <input type="checkbox"/> Dòz #4	
	MMR (Lawoujòl, Malmouton & Ribeyòl) <input type="checkbox"/> Pa gen okenn dat yo ki te endike oswa seri yo enkonplè. <input type="checkbox"/> Vaksen yo dwe konplete nan oswa apre laj 1 an. <input type="checkbox"/> Vaksen te founi mwens pase 28 jou apre Varisèl oswa premye MMR.	<input type="checkbox"/> Dòz #1 <input type="checkbox"/> Dòz #2	

Autauga County School District

Manke oswa Enkonplè	Vaksen	Dòz yo ki Manke	Dat Limit
	Varicella (Saranpyon) <input type="checkbox"/> Pa gen okenn dat yo ki te endike oswa seri yo enkonplè. <input type="checkbox"/> Vaksen yo dwe konplete nan oswa apre laj 1 an. <input type="checkbox"/> Vaksen te founi mwens pase 28 jou apre MMR oswa premye Varisèl. <input type="checkbox"/> Dokiman enkonplè pou gen maladi Saranpyon an.	<input type="checkbox"/> Dòz #1 <input type="checkbox"/> Dòz #2	
	Lòt: _____	<input type="checkbox"/> Dòz #1 <input type="checkbox"/> Dòz #2 <input type="checkbox"/> Dòz #3	

Tanpri pote von kopi fòm sa a ak okenn lòt dosye iminizasyon yo avèk ou lè w ak pitit ou ale pou vaksen yo pou asire byen ke pitit ou resevwa vaksen kòrèk la (yo).

Si w gen kesyon yo oswa bezwen èd, tanpri kontakte enfimyè lekòl la, founisè swen sante oswa depatman sante lokal ou. Pou jwenn lòt enfòmasyon sou vaksen yo, tanpri vizite sit entènèt U.S. Centers for Disease Control (CDC) nan www.cdc.gov/vaccines, oswa depatman sante lokal oswa leta w nan _____.

Mesi pou atansyon imedyat ou nan zafè sa a!

Non: _____ Dat: _____
 Imèl: _____ Telefòn: _____

Autauga County School District

ਅਧੂਰੇ ਟੀਕਾਕਰਣ ਦੇ ਦਰਜੇ ਬਾਰੇ ਨੋਟਿਸ

ਵਿਦਿਆਰਥੀ: _____ ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ: _____

ਪਿਆਰੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ:

Alabama ਸਟੇਟ ਸਕੂਲ ਟੀਕਾਕਰਣ ਕਾਨੂੰਨ ਅਨੁਸਾਰ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਕਿ ਸਕੂਲ ਵਿਚ ਹਾਜ਼ਰ ਹੋਣ ਜਾਂ ਲਗਾਤਾਰ ਹਾਜ਼ਰ ਰਹਿਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਢੁਕਵਾਂ ਟੀਕਾ ਲੱਗਿਆ ਹੋਵੇ। ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦਾ ਜਾਇਜ਼ਾ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀਆਂ ਹੇਠਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਈਆਂ ਗਈਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ(ਂ) ਖੁੰਝੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਹਨ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਸਕੂਲ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਚਾਉਣ ਲਈ ਉਸ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ ਨਵਿਆਉਣ ਲਈ _____ (date) ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਨਵਿਆਓ ਅਤੇ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਸਕੂਲ ਵਿਚ ਹਾਜ਼ਰ ਹੋਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੱਤੀ ਜਾਏ।

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਟੀਕਾਕਰਣ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ ਅਧੂਰੇ ਹਨ:

- ਸਕੂਲ ਵਲੋਂ ਕੋਈ ਰਿਕਾਰਡ ਨਹੀਂ ਮਿਲੇ।
- ਹੇਠਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਈਆਂ ਗਈਆਂ ਆਈਟਮਾਂ ਖੁੰਝੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਹਨ ਜਾਂ ਅਧੂਰੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਹੈ:
 - ਸਕੂਲ ਵਿਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਲਈ ਸਰਤ
 - ਇੱਕ ਨਵੀਂ ਲੋੜ
 - ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਨਵਿਆਉਣਾ
- ਜਿਥੇ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਉਥੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਜਾਂ ਦਸਤਖਤ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।
- ਜਿਥੇ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਉਥੇ ਫਿਜ਼ੀਸ਼ੀਅਨ/ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਜਾਂ ਦਸਤਖਤ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।
- ਨਵੇਂ ਟੀਕਾਕਰਣ ਨੂੰ ਨਵਿਆਉਣ ਲਈ ਛੋਟ ਵਾਲੇ ਹਾਲੀਆ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।
- Alabama ਸਟੇਟ ਤੋਂ ਮੰਜੂਰਸ਼ੁਦਾ ਟੀਕਾਕਰਣ ਦੇ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਲਈ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦਾ ਤਬਾਦਲਾ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਏਗੀ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਫਿਜ਼ੀਸ਼ੀਅਨ/ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਜਾਂ ਸਥਾਨਕ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ ਤੋਂ ਲਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਹਰ ਖੁੰਝੇ ਹੋਏ ਜਾਂ ਅਧੂਰੇ ਟੀਕੇ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਉਪਲਬਧ ਕਰੋ: ਇੱਕ ਰਿਕਾਰਡ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਟੀਕਾ ਲੱਗਿਆ ਹੈ, ਪ੍ਰਤੀਰੋਧਕ ਦਰਸਾਉਣ ਵਾਲਾ ਖੂਨ ਦਾ ਟੈਸਟ (ਟਿਟਰ), ਅਤੇ/ਜਾਂ ਟੀਕੇ ਤੋਂ ਛੋਟ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ।

ਖੁੰਝਿਆ ਜਾਂ ਅਧੂਰਾ	ਟੀਕਾ	ਖੁੰਝੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਖੁਰਾਕਾਂ	ਖੁਰਾਕ ਲੈਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ
	DTP/DTPaP/Td (Diphtheria, Tetanus, Pertussis) <input type="checkbox"/> ਕੋਈ ਤਾਰੀਖਾਂ ਦਰਜ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਜਾਂ ਲੜੀ ਅਧੂਰੀ ਹੈ। <input type="checkbox"/> ਲੜੀ ਵਿਚਲੀ ਅਖੀਰਲੀ ਖੁਰਾਕ 4 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਜਾਂ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਰੂਰ ਲਈ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। <input type="checkbox"/> ਖੁਰਾਕਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਕਾਫ਼ੀ ਸਮਾਂ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਾਂ ਖੁਰਾਕ ਢੁਕਵੀਂ ਉਮਰ ਵਿਚ ਲਈ ਗਈ।	<input type="checkbox"/> ਖੁਰਾਕ #1 <input type="checkbox"/> ਖੁਰਾਕ #2 <input type="checkbox"/> ਖੁਰਾਕ #3 <input type="checkbox"/> ਖੁਰਾਕ #4 <input type="checkbox"/> ਖੁਰਾਕ #5	
	Tdap ਬੁਸਟਰ ਟੀਕਾ (Tetanus, Diphtheria, Pertussis)	<input type="checkbox"/> ਖੁਰਾਕ #1	
	IPV/OPV (Polio) <input type="checkbox"/> ਕੋਈ ਤਾਰੀਖਾਂ ਦਰਜ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਜਾਂ ਲੜੀ ਅਧੂਰੀ ਹੈ। <input type="checkbox"/> ਲੜੀ ਵਿਚਲੀ ਅਖੀਰਲੀ ਖੁਰਾਕ 4 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਜਾਂ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਰੂਰ ਲਈ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। <input type="checkbox"/> ਖੁਰਾਕਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਕਾਫ਼ੀ ਸਮਾਂ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਾਂ ਖੁਰਾਕ ਢੁਕਵੀਂ ਉਮਰ ਵਿਚ ਲਈ ਗਈ।	<input type="checkbox"/> ਖੁਰਾਕ #1 <input type="checkbox"/> ਖੁਰਾਕ #2 <input type="checkbox"/> ਖੁਰਾਕ #3 <input type="checkbox"/> ਖੁਰਾਕ #4	
	MMR (Measles, Mumps ਅਤੇ Rubella) <input type="checkbox"/> ਕੋਈ ਤਾਰੀਖਾਂ ਦਰਜ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਜਾਂ ਲੜੀ ਅਧੂਰੀ ਹੈ। <input type="checkbox"/> ਟੀਕੇ 1 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਜਾਂ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਲੁਆਉਣੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ। <input type="checkbox"/> Varicella ਜਾਂ ਪਹਿਲੇ MMR ਤੋਂ ਬਾਅਦ 28 ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਵੀ ਘੱਟ ਸਮੇਂ ਵਿਚ ਟੀਕਾ ਲੁਆਇਆ ਗਿਆ ਸੀ।	<input type="checkbox"/> ਖੁਰਾਕ '1 <input type="checkbox"/> ਖੁਰਾਕ '2	

Autauga County School District

ਖੁੰਝਿਆ ਜਾਂ ਅਧੂਰਾ	ਟੀਕਾ	ਖੁੰਝੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਖੁਰਾਕਾਂ	ਖੁਰਾਕ ਲੈਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ
	Varicella (Chicken Pox) <input type="checkbox"/> ਕੋਈ ਤਾਰੀਖਾਂ ਦਰਜ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਜਾਂ ਲੜੀ ਅਧੂਰੀ ਹੈ। <input type="checkbox"/> ਟੀਕੇ 1 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਜਾਂ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਰੂਰ ਲੁਆਉਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। <input type="checkbox"/> MMR ਜਾਂ ਪਹਿਲੇ Varicella ਤੋਂ ਬਾਅਦ 28 ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਵੀ ਘੱਟ ਸਮੇਂ ਵਿਚ ਟੀਕਾ ਲੁਆਇਆ ਗਿਆ ਸੀ। <input type="checkbox"/> Chicken Pox ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਹੋਣ ਦੇ ਅਧੂਰੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼।	<input type="checkbox"/> ਖੁਰਾਕ #1 <input type="checkbox"/> ਖੁਰਾਕ #2	
	ਹੋਰ: _____	<input type="checkbox"/> ਖੁਰਾਕ #1 <input type="checkbox"/> ਖੁਰਾਕ #2 <input type="checkbox"/> ਖੁਰਾਕ #3	

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਨਾਲ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਕਾਪੀ ਅਤੇ ਟੀਕਾਕਰਣ ਦੇ ਕੋਈ ਵੀ ਪਿਛਲੇ ਰਿਕਾਰਡ ਰੱਖੋ ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਟੀਕਾ ਲੁਆਉਣ ਜਾਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਢੁਕਵਾਂ ਟੀਕਾ (ਟੀਕੇ) ਲਾਇਆ ਜਾਏ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸੁਆਲ ਹਨ ਜਾਂ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਸਕੂਲ ਦੀ ਨਰਸ, ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਜਾਂ ਸਥਾਨਕ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਟੀਕਿਆਂ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ www.cdc.gov/vaccines ਤੇ U.S. Centers for Disease Control (CDC) ਦੀ ਵੈਬਸਾਈਟ 'ਤੇ ਜਾਓ ਜਾਂ _____ ਵਿਖੇ ਆਪਣੀ ਸਟੇਟ ਜਾਂ ਸਥਾਨਕ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ ਵਿਚ ਜਾਓ।

ਇਸ ਮਾਮਲੇ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਫ਼ੋਰੀ ਧਿਆਨ ਲਈ ਸ਼ੁਕਰੀਆ!

ਨਾਂ: _____ ਤਾਰੀਖ: _____
 ਈਮੇਲ: _____ ਫੋਨ: _____

Autauga County School District

Obavijest o nepotpunoj imunizaciji

Učenik: _____ Datum rođenja: _____

Dragi roditelji/staratelji:

Zakon o obaveznoj vakcinaciji u školama države Alabama _____, nalaže da se Vaše dijete mora propisno vakcinisati kako bi nastavilo pohađanje škole. Pregledom evidencije Vašeg djeteta, utvrđeno je da nedostaju dolje navedene stavke/stavka.

Molimo Vas da ažurirate evidenciju Vašeg djeteta najkasnije do _____ (date) kako Vaše dijete ne bi bilo udaljeno sa nastave, te kako bi mu bilo dopušteno pohađanje škole.

Evidencija o vakcinaciji Vašeg djeteta je nepotpuna kako slijedi:

- škola nije zaprimila evidenciju.
- dolje označene stavke nedostaju ili su nepotpune. Ovo je:
 - zahtjev vezan za upis u školu
 - novi zahtjev
 - ažuriranje evidencije Vašeg djeteta
- nedostaje potpis roditelja ili staratelja i/ili datum potpisivanja, na predviđenom mjestu u formularu.
- nedostaje potpis ljekara/pružaoca medicinskih usluga i/ili datum potpisivanja, na predviđenom mjestu u formularu.
- aktuelnu Potvrdu o izuzeću je potrebno ažurirati za nove vakcinacije.
- Evidencija mora biti dostavljena u okviru Formulara o potvrdi statusa vakcinacije države Alabama koji je dostupan kod Vašeg ljekara/pružaoca medicinskih usluga ili u lokalnom Zavodu za zdravstvenu zaštitu.

Za svaku nedostajuću ili nepotpunu vakcinaciju navedenu ispod, navedite jedno od sljedećeg: izvod iz evidencije koji pokazuje da je Vaše dijete primilo vakcinu, nalaz analize krvi (titer) koji pokazuje imunitet i/ili potvrdu o izuzeću od vakcinacije.

Nedostaje ili je nepotpuno	Vakcina	Nedostajuće doze	Krajnji rok
	DTP/DTaP/Td (difterija, tetanus, hripavac) <input type="checkbox"/> datumi nisu navedeni ili je serija nepotpuna. <input type="checkbox"/> zadnja doza u seriji mora biti primljena do ili nakon napunjene 4 godine. <input type="checkbox"/> prekratak period između doza ili doze primljene u neodgovarajućem uzrastu.	<input type="checkbox"/> Doza br. 1 <input type="checkbox"/> Doza br. 2 <input type="checkbox"/> Doza br. 3 <input type="checkbox"/> Doza br. 4 <input type="checkbox"/> Doza br. 5	
	Tdap revakcinacija (tetanus, difterija, hripavac)	<input type="checkbox"/> Doza br. 1	
	IPV/OPV (dječija paraliza) <input type="checkbox"/> datumi nisu navedeni ili je serija nepotpuna. <input type="checkbox"/> zadnja doza u seriji mora biti primljena do ili nakon napunjene 4 godine. <input type="checkbox"/> prekratak period između doza ili doze primljene u neodgovarajućem uzrastu.	<input type="checkbox"/> Doza br. 1 <input type="checkbox"/> Doza br. 2 <input type="checkbox"/> Doza br. 3 <input type="checkbox"/> Doza br. 4	
	MMR (ospice, zaušnjaci i rubeola) <input type="checkbox"/> datumi nisu navedeni ili je serija nepotpuna. <input type="checkbox"/> vakcina mora biti primljena do ili nakon napunjene 1 godine. <input type="checkbox"/> vakcina je data manje od 28 dana nakon vakcine protiv varičele ili prve MMR vakcine.	<input type="checkbox"/> Doza br. 1 <input type="checkbox"/> Doza br. 2	

Autauga County School District

Nedostaje ili je nepotpuno	Vakcina	Nedostajuće doze	Krajnji rok
	Varicella (male boginje) <input type="checkbox"/> datumi nisu navedeni ili je serija nepotpuna. <input type="checkbox"/> vakcina mora biti primljena do ili nakon napunjene 1 godine. <input type="checkbox"/> vakcina je data manje od 28 dana nakon MMR vakcine ili prve vakcine protiv varičele. <input type="checkbox"/> nepotpuna dokumentacija o prebolovanim malim boginjama.	<input type="checkbox"/> Doza br. 1 <input type="checkbox"/> Doza br. 2	
	Ostalo: _____	<input type="checkbox"/> Doza br. 1 <input type="checkbox"/> Doza br. 2 <input type="checkbox"/> Doza br. 3	

Molimo Vas da prilikom dolaska na vakcinaciju sa sobom ponesete primjerak ovog obrasca kao i evidenciju o prethodnoj vakcinaciji kako biste bili sigurni da će Vaše dijete primiti odgovarajuću vakcinu(e).

Ako imate pitanja ili Vam je potrebna pomoć, obratite se školskoj medicinskoj sestri, pružaocu medicinskih usluga ili zdravstvenoj instituciji. Za dodatne informacije o vakcinama posjetite internet stranicu Centra za nadzor i prevenciju bolesti Sjedinjenih Američkih Država (U.S. Centers for Disease Control (CDC)) na adresi www.cdc.gov/vaccines ili se obratite državnom ili lokalnom Zavodu za zdravstvenu zaštitu na _____.

Zahvaljujemo Vam na Vašoj brznoj reakciji po ovom pitanju!

Ime: _____ Datum: _____

E-pošta: _____ Telefon: _____

Autauga County School District

Notification d'immunisation incomplète

Élève : _____ Date de naissance : _____

Cher parent/tuteur,

Conformément à la loi sur l'immunisation scolaire de l'État d'Alabama _____, votre enfant doit être correctement immunisé pour assister ou continuer à assister aux cours. Après étude du dossier de votre enfant, nous avons constaté l'absence de l'élément ou des éléments suivants.

Veillez mettre le dossier de votre enfant à jour au plus tard le _____ (date) afin d'éviter son exclusion et de vous assurer que votre enfant sera autorisé à assister aux cours.

Le dossier des vaccins de votre enfant est incomplet pour les raisons suivantes :

- L'école n'a reçu aucune information.
- L'élément ou les éléments ci-dessous sont absents ou incomplets. Il s'agit de :
 - un élément obligatoire d'admission ;
 - un nouvel élément obligatoire ;
 - une mise à jour du dossier de votre enfant.
- La signature d'un parent ou d'un tuteur et/ou la date de la signature sont nécessaires à l'endroit indiqué.
- La signature d'un médecin/prestataire de soins de santé et/ou la date de la signature sont nécessaires à l'endroit indiqué.
- Le certificat d'exemption actuel doit être mis à jour pour tenir compte des nouveaux vaccins.
- Les informations doivent être transférées sur un certificat d'immunisation approuvé par l'État d'Alabama disponible auprès de votre médecin/prestataire de soins de santé ou un service sanitaire local.

Pour chaque vaccin manquant ou incomplet indiqué ci-dessous, veuillez fournir l'un des éléments suivants : un justificatif de vaccination de votre enfant, une analyse de sang (titre) faisant preuve de son immunité et/ou un certificat d'exemption au vaccin concerné.

Manquant ou incomplet	Vaccin	Doses manquantes	Date d'échéance
	DTP/DTaP/Td (<i>diphtérie, tétanos, coqueluche</i>) <input type="checkbox"/> Aucune date n'a été enregistrée ou la série est incomplète. <input type="checkbox"/> La dernière dose de la série doit être effectuée à l'âge de 4 ans ou après. <input type="checkbox"/> Le délai est insuffisant entre les doses ou la dose a été administrée à un âge inapproprié.	<input type="checkbox"/> Dose n° 1 <input type="checkbox"/> Dose n° 2 <input type="checkbox"/> Dose n° 3 <input type="checkbox"/> Dose n° 4 <input type="checkbox"/> Dose n° 5	
	Rappel Tdap (<i>tétanos, diphtérie, coqueluche</i>)	<input type="checkbox"/> Dose n° 1	
	IPV/OPV (<i>polio</i>) <input type="checkbox"/> Aucune date n'a été enregistrée ou la série est incomplète. <input type="checkbox"/> La dernière dose de la série doit être effectuée à l'âge de 4 ans ou après. <input type="checkbox"/> Le délai est insuffisant entre les doses ou la dose a été administrée à un âge inapproprié.	<input type="checkbox"/> Dose n° 1 <input type="checkbox"/> Dose n° 2 <input type="checkbox"/> Dose n° 3 <input type="checkbox"/> Dose n° 4	
	MMR (ROR) (<i>rougeole, oreillons et rubéole</i>) <input type="checkbox"/> Aucune date n'a été enregistrée ou la série est incomplète. <input type="checkbox"/> Les vaccins doivent être administrés à l'âge de 1 an ou après. <input type="checkbox"/> Le vaccin a été administré moins de 28 jours après celui de la varicelle ou la première dose de ROR.	<input type="checkbox"/> Dose n° 1 <input type="checkbox"/> Dose n° 2	

Autauga County School District

French
Notice of Incomplete Immunization Status

Manquant ou incomplet	Vaccin	Doses manquantes	Date d'échéance
	Varicella (<i>varicelle</i>) <input type="checkbox"/> Aucune date n'a été enregistrée ou la série est incomplète. <input type="checkbox"/> Les vaccins doivent être administrés à l'âge de 1 an ou après. <input type="checkbox"/> Le vaccin a été administré moins de 28 jours après le ROR ou la première dose de la varicelle. <input type="checkbox"/> Documentation incomplète concernant le fait que l'enfant a contracté la varicelle.	<input type="checkbox"/> Dose n° 1 <input type="checkbox"/> Dose n° 2	
	Autres : _____	<input type="checkbox"/> Dose n° 1 <input type="checkbox"/> Dose n° 2 <input type="checkbox"/> Dose n° 3	

Veillez emporter une copie du présent formulaire et les éventuelles cartes de vaccination antérieures quand vous irez faire vacciner votre enfant pour vous assurer qu'il reçoive le ou les vaccins appropriés.

Si vous avez des questions ou nécessitez une assistance, veuillez contacter l'infirmière de votre école, votre prestataire de soins de santé ou un service sanitaire local. Pour des informations complémentaires sur les vaccins, veuillez consulter le site Internet des Centres de contrôle et de prévention des maladies américains (U.S. Centers for Disease Control [CDC]) à www.cdc.gov/vaccines ou votre service sanitaire local ou d'État à _____.

Nous restons dans l'attente de votre réponse dans les plus brefs délais.

Nom : _____ Date : _____
 Courriel : _____ Téléphone : _____

Autauga County School District
Njoftim për statusin jo të plotë të imunizimit

Studenti: _____ Data e lindjes: _____

I nderuar prind/kujdestar:

Ligji i imunizimit për shkollat e shtetit të Alabama-s _____ kërkon që fëmija juaj të jetë i imunizuar në mënyrën e duhur në mënyrë që të ndjekë dhe të vazhdojë të ndjekë shkollën. Rishikimi i të dhënave të fëmijës suaj tregon se fëmija ka mangësi në elementin(et) e poshtëshënuar.

Ju lutemi, përditësoni të dhënat e fëmijës jo më vonë se _____ (date) për të shmangur përjashtimin dhe për t'u siguruar se fëmija do të lejohet të ndjekë shkollën.

Të dhënat e imunizimit të fëmijës nuk janë të plota për shkak të pikave si më poshtë:

- Nuk janë marrë të dhëna nga shkolla.
- Elementi(et) e poshtëshënuar mungon ose nuk është i plotë. Konkretisht:
 - kërkesë për hyrjen në shkollë
 - kërkesë e re
 - përditësim në të dhënat e fëmijës
- Nevojitet nënshkrimi i prindit ose i kujdestarit dhe/ose data e nënshkrimit, kur tregohet.
- Nevojitet nënshkrimi i doktorit/ofruesit të kujdesit shëndetësor dhe/ose data e nënshkrimit, kur tregohet.
- Certifikata aktuale e përjashtimit kërkon përditësim për imunizimet e reja.
- Të dhënat duhet të transferohen në një Certifikatë imunizimi të miratuar nga shteti i Alabama-s, që mund të merret nga mjeku/ofruesi juaj i kujdesit shëndetësor ose departamenti lokal i shëndetit.

Për çdo vaksinë të paplotë ose që mungon, të treguar më poshtë, ju lutemi, dorëzoni një nga të mëposhtmet: një dokument se fëmija e ka marrë vaksinën, një analizë gjaku (titër) që tregon imunitetin dhe/ose një certifikatë përjashtimi nga vakcina.

Mungon ose është e paplotë	Vaksina	Dozat që mungojnë	Data e marrjes
	DTP/DTaP/Td (<i>difteri, tetanos, kollë e bardhë</i>) <input type="checkbox"/> Nuk ka data të regjistruara ose seria nuk është e plotë. <input type="checkbox"/> Doza e fundit në seri duhet të merret në moshën 4-vjeçare ose pas 4 vjetësh. <input type="checkbox"/> Kohë e pamjaftueshme ndërmjet dozave ose doza është marrë në moshë të papërshtatshme.	<input type="checkbox"/> Doza nr.1 <input type="checkbox"/> Doza nr.2 <input type="checkbox"/> Doza nr.3 <input type="checkbox"/> Doza nr.4 <input type="checkbox"/> Doza nr.5	
	Vaksina Tdap (<i>tetanos, difteri, kollë e bardhë</i>)	<input type="checkbox"/> Doza nr.1	
	IPV/OPV (<i>poliomieliti</i>) <input type="checkbox"/> Nuk ka data të regjistruara ose seria nuk është e plotë. <input type="checkbox"/> Doza e fundit në seri duhet të merret në moshën 4-vjeçare ose pas 4 vjetësh. <input type="checkbox"/> Kohë e pamjaftueshme ndërmjet dozave ose doza është marrë në moshë të papërshtatshme.	<input type="checkbox"/> Doza nr.1 <input type="checkbox"/> Doza nr.2 <input type="checkbox"/> Doza nr.3 <input type="checkbox"/> Doza nr.4	
	MMR (<i>fruth, shyta dhe rubeolë</i>) <input type="checkbox"/> Nuk ka data të regjistruara ose seria nuk është e plotë. <input type="checkbox"/> Vaksinimet duhet të merren në moshën ose pas moshës 1 vjeç. <input type="checkbox"/> Vaksina është dhënë më pak se 28 ditë pas varicelës ose MMR-së së parë.	<input type="checkbox"/> Doza nr.1 <input type="checkbox"/> Doza nr.2	

Autauga County School District

Albanian
Notice of Incomplete Immunization Status

Mungon ose është e paplotë	Vaksina	Dozat që mungojnë	Data e marrjes
	Varicella (li e dhenve) <input type="checkbox"/> Nuk ka data të regjistruara ose seria nuk është e plotë. <input type="checkbox"/> Vaksinimet duhet të merren në moshën ose pas moshës 1 vjeç. <input type="checkbox"/> Vaksina është dhënë më pak se 28 ditë pas MMR-së ose varicelës së parë. <input type="checkbox"/> Dokumentacion i paplotë rreth pasjes së sëmundjes së lisë së dhenve.	<input type="checkbox"/> Doza nr.1 <input type="checkbox"/> Doza nr.2	
	Tjetër: _____	<input type="checkbox"/> Doza nr.1 <input type="checkbox"/> Doza nr.2 <input type="checkbox"/> Doza nr.3	

Ju lutemi, merrni me vete një kopje të këtij formulari dhe të çdo të dhënë tjetër rreth imunizimit, kur të shkoni me fëmijën për vaksinim, në mënyrë që të siguroheni se fëmija po merr vaksinën e duhur.

Nëse keni pyetje ose keni nevojë për ndihmë, ju lutemi kontaktoni me infermieren e shkollës suaj, ofruesin e kujdesit shëndetësor ose departamentin lokal të shëndetit. Për informacione të tjera rreth vaksinave, ju lutemi, vizitoni faqen e internetit të Qendrave amerikane për kontrollin e sëmundjeve (U.S. Centers for Disease Control (CDC)) në www.cdc.gov/vaccines ose departamentin tuaj shtetëror ose lokal të shëndetit në _____.

Faleminderit për vëmendjen tuaj të menjëhershme ndaj kësaj çështjeje!

Emri: _____ Data: _____

Emaili: _____ Telefoni: _____

Autauga County School District
Aviso de situação de vacinas incompletas

Aluno: _____ Data de nascimento: _____

Prezados pais/responsável,

A Lei de Imunizações do Estado do Alabama _____ exige que seu filho esteja em dia com as vacinas para frequentar ou continuar a frequentar a escola. Ao examinar a ficha do seu filho constatamos que os itens abaixo indicados estão faltando.

Favor atualizar a ficha do seu filho até _____ (date) para evitar uma exclusão e assegurar que seu filho possa frequentar a escola.

A ficha de vacinas do seu filho está incompleta pelo seguinte motivo:

- A escola não recebeu nenhuma ficha.
- Os itens marcados abaixo estão faltando ou incompletos. Trata-se de:
 - uma exigência para admissão na escola
 - uma nova exigência
 - uma atualização da ficha escolar do seu filho
- Falta a assinatura dos pais ou responsável e/ou a data da assinatura, onde indicado.
- Falta a assinatura do médico/provedor de serviço de saúde e/ou data da assinatura, onde indicado.
- O Atestado de Dispensa atual precisa ser atualizado para as novas imunizações.
- Os registros precisam ser transferidos para um Atestado de Vacinas aprovado pelo Estado do Alabama, que pode ser fornecido pelo seu médico/provedor de serviço de saúde ou pelo departamento de saúde local.

Para cada uma das vacinas abaixo que faltam ou estão incompletas, forneça o seguinte: um comprovante de que seu filho tomou a vacina, um exame de sangue (título) que mostre a imunidade, e/ou um atestado de dispensa da vacina.

Faltando ou incompleto	Vacina	Doses que faltam	Data prevista
	DTP/DTPaP/Td (<i>difteria, tétano, coqueluche</i>) <input type="checkbox"/> Nenhuma data foi registrada, ou a série está incompleta. <input type="checkbox"/> A última dose da série deve ser tomada aos 4 anos de idade ou posteriormente. <input type="checkbox"/> Não decorreu tempo suficiente entre as doses ou a dose foi tomada na idade errada.	<input type="checkbox"/> Dose nº 1 <input type="checkbox"/> Dose nº 2 <input type="checkbox"/> Dose nº 3 <input type="checkbox"/> Dose nº 4 <input type="checkbox"/> Dose nº 5	
	Reforço da Tdap (<i>tétano, difteria, coqueluche</i>)	<input type="checkbox"/> Dose nº 1	
	IPV/OPV (<i>pólio</i>) <input type="checkbox"/> Nenhuma data foi registrada, ou a série está incompleta. <input type="checkbox"/> A última dose da série deve ser tomada aos 4 anos de idade ou posteriormente. <input type="checkbox"/> Não decorreu tempo suficiente entre as doses ou a dose foi tomada na idade errada.	<input type="checkbox"/> Dose nº 1 <input type="checkbox"/> Dose nº 2 <input type="checkbox"/> Dose nº 3 <input type="checkbox"/> Dose nº 4	
	MMR (<i>sarampo, caxumba e rubéola</i>) <input type="checkbox"/> Nenhuma data foi registrada, ou a série está incompleta. <input type="checkbox"/> As vacinas devem ser tomadas com um ano de idade ou posteriormente. <input type="checkbox"/> A vacina foi tomada antes de completar 28 dias da vacina contra varicela ou da primeira MMR.	<input type="checkbox"/> Dose nº 1 <input type="checkbox"/> Dose nº 2	

Autauga County School District

Faltando ou incompleto	Vacina	Doses que faltam	Data prevista
	Varicella (catapora) <input type="checkbox"/> Nenhuma data foi registrada, ou a série está incompleta. <input type="checkbox"/> As vacinas devem ser tomadas com um ano de idade ou posteriormente. <input type="checkbox"/> A vacina foi tomada antes de completar 28 dias da vacina MMR ou da primeira contra varicela. <input type="checkbox"/> Documentação incompleta se já teve catapora.	<input type="checkbox"/> Dose nº 1 <input type="checkbox"/> Dose nº 2	
	Outros: _____	<input type="checkbox"/> Dose nº 1 <input type="checkbox"/> Dose nº 2 <input type="checkbox"/> Dose nº 3	

Leve uma cópia deste formulário e fichas de imunização anteriores quando você e seu filho forem tomar vacinas, para assegurar que seu filho tome as vacinas corretas.

Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda, entre em contato com o(a) enfermeiro(a) da escola, provedor de serviço de saúde ou departamento de saúde local. Para obter mais informações sobre as vacinas, visite o site dos Centros dos EUA para Controle de Doenças (U.S. Centers for Disease Control (CDC)) no endereço www.cdc.gov/vaccines, ou o departamento de saúde do seu estado ou local, _____.

Agradecemos sua pronta cooperação em atender a esta solicitação!

Nome: _____ Data: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Autauga County School District

نامکمل مصونیت (امیونائزیشن) کی صورتحال سے متعلق نوٹس

تاریخ پیدائش: _____

طالب علم: _____

محترم والدین/سرپرست :

Alabama ریاستی اسکول کی مصونیت کے قانون کے تحت اسکول آنے سے پہلے آپ کے بچے کو تمام ٹیکے لگوانا ضروری ہے۔ آپ کے بچے کے ریکارڈ کے جائزے کے بعد یہ معلوم ہوا ہے کہ آپ کے بچے کو ذیل میں نشان زد ٹیکے لگوانا باقی ہے۔

برائے مہربانی _____ (date) سے قبل اپنے بچے کے ریکارڈ مکمل کر لیں تاکہ آپ کے بچے کو اسکول آنے کی اجازت مل سکے۔

آپ کے بچے کے مصونیت کے ریکارڈ مندرجہ ذیل کی وجہ سے نامکمل ہے :

- اسکول کو کوئی ریکارڈ موصول نہیں ہوئے۔
- مندرجہ ذیل نشان زد آٹم (آٹمز) نامکمل ہیں یا موجود نہیں ہیں۔ یہ ہیں:
- اسکول میں داخلے کیلئے لازمی تقاضہ
- کوئی نیا تقاضہ
- آپ کے بچے کے ریکارڈ میں تجدید
- جہاں بتایا گیا ہے وہاں والدین یا سرپرست کے دستخط اور دستخط کرنے کی تاریخ درکار ہے۔
- جہاں بتایا گیا ہے وہاں ڈاکٹر یا ہیلتھ کنیر پرووائیڈر کے دستخط یا دستخط کی تاریخ درکار ہیں۔
- حالیہ استثناء کی سند میں نئے ٹیکوں کیلئے تجدید درکار ہے۔
- ریکارڈز کو ریاست Alabama سے منظور شدہ مصونیت کی سند میں منتقل کیے جانے کی ضرورت ہے جو آپ کے ڈاکٹر یا ہیلتھ کنیر پرووائیڈر یا مقامی محکمہ صحت سے حاصل کی جاسکتی ہے۔

نیچے ظاہر کردہ ہر نامکمل ٹیکے کے لئے برائے مہربانی مندرجہ ذیل میں سے ایک فراہم کریں: آپ کے بچے کو ٹیکے لگنے کا ریکارڈ، خون کی جانچ (titer) جو مامونیت کو دکھاتا ہو، اور/یا ٹیکے سے استثناء کی سند۔

دینے کی تاریخ	چھوٹی ہوئی خوراکیں	ٹیکہ	چھوٹا ہوا یا نامکمل د
	<input type="checkbox"/> خوراک #1 <input type="checkbox"/> خوراک #2 <input type="checkbox"/> خوراک #3 <input type="checkbox"/> خوراک #4 <input type="checkbox"/> خوراک #5	DTP/DTaP/Td (ڈیپتھییریا/خناق، ٹینس، کالی کھانسی) <input type="checkbox"/> کوئی بھی تاریخ ریکارڈ نہیں کی گئی یا سلسلہ نامکمل ہے۔ <input type="checkbox"/> سلسلے کی آخری خوراک کو 4 سال کی عمر یا اس کے بعد دینے کی ضرورت ہے۔ <input type="checkbox"/> خوراکیں کے درمیان کافی وقفہ نہیں دیا گیا یا خوراک نامناسب عمر میں دی گئی۔	
	<input type="checkbox"/> خوراک #1	Tdap بوسٹر شاٹ (ٹیپنٹس، ڈیپتھییریا، کالی کھانسی)	
	<input type="checkbox"/> خوراک #1 <input type="checkbox"/> خوراک #2 <input type="checkbox"/> خوراک #3 <input type="checkbox"/> خوراک #4	IPV/OPV (پولیو) <input type="checkbox"/> کوئی بھی تاریخ ریکارڈ نہیں کی گئی یا سلسلہ نامکمل ہے۔ <input type="checkbox"/> سلسلے کی آخری خوراک کو 4 سال کی عمر یا اس کے بعد دینے کی ضرورت ہے۔ <input type="checkbox"/> خوراکیں کے درمیان کافی وقفہ نہیں دیا گیا یا خوراک نامناسب عمر میں دی گئی۔	
	<input type="checkbox"/> خوراک #1 <input type="checkbox"/> خوراک #2	MMR (خسرہ، گلسوئے اور جرمن خسرہ) <input type="checkbox"/> کوئی بھی تاریخ ریکارڈ نہیں کی گئی یا سلسلہ نامکمل ہے۔ <input type="checkbox"/> سلسلے کو 1 سال کی عمر یا اس سے قبل مکمل کرنے کی ضرورت ہے۔ <input type="checkbox"/> ٹیکے کو ویریسیلا یا پہلے MMR کے بعد 28 دن سے پہلے دیا گیا۔	

Autauga County School District

Urdu
Notice of Incomplete Immunization Status

دینے کی تاریخ	چھوٹی ہونی خوراکیں	ٹیکہ	چھوٹا ہوا یا نامکمل
	<input type="checkbox"/> خوراک #1 <input type="checkbox"/> خوراک #2	Varicella (چھوٹی چیچک) <input type="checkbox"/> کوئی بھی تاریخ ریکارڈ نہیں کی گئیں یا سلسلہ نامکمل ہے۔ <input type="checkbox"/> سلسلے کو 1 سال کی عمر یا اس سے قبل مکمل کرنے کی ضرورت ہے <input type="checkbox"/> ٹیکے کو ویرسیلا یا MMR کے بعد 28 دن سے پہلے دیا گیا <input type="checkbox"/> چھوٹی چیچک کاشکار ہونے کا ریکارڈ نامکمل ہے۔	
	<input type="checkbox"/> خوراک #1 <input type="checkbox"/> خوراک #2 <input type="checkbox"/> خوراک #3	دیگر: _____	

پرائے مہربانی جب آپ اپنے بچے کو ٹیکے لگوانے لے کر جائیں تو یہ فارم اور سابقہ مصونیت کے ریکارڈ کی نقل لے جائیں تاکہ آپ کے بچے کو درست ٹیکے لگانے جاسکیں۔

سوالات کے لئے اپنے اسکول کے نرس، ہیلتھ کنیر پرووائیڈر یا مقامی صحت کے محکمے سے رجوع کریں۔ ٹیکوں سے متعلق مزید معلومات کے لئے U.S. Centers for Disease Control (CDC) کی ویب سائٹ www.cdc.gov/vaccines یا اپنے ریاستی یا مقامی محکمہ صحت سے اس پتے پر رجوع کریں _____

اس معاملے میں فوری توجہ دینے کا شکریہ!

نام: _____ تاریخ: _____

ای میل: _____ فون: _____

Autauga County School District

અપૂર્ણ રસીકરણ સ્થિતિ ની નોટીસ

વિદ્યાર્થી: _____ જન્મતારીખ: _____

પ્રિય માતા પિતા /વાલી:

Alabama રાજ્ય શાળા રસીકરણ કાયદા _____ ને જરૂર છે કે તમારું બાળક શાળા ચાલુ રાખે કે રાખી શકે તે માટે તમારા બાળક ની યોગ્ય રસીકરણ થયેલ હોવું જોઈએ. જેથી તમારું બાળક યોગ્ય રીતે શાળા માં હાજરી આપી શકે અથવા આપવા નું ચાલુ રાખી શકે તમારા બાળકનો રેકોર્ડ સૂચવે છે કે તમારા બાળક માટે નીચે ચિહ્નિત થયેલ વસ્તુ (ઓ) માં ખામી છે.

કૃપા કરી ને તમારા બાળક નો રેકોર્ડ અપડેટ કરાવો, મોડા માં મોડી _____ (date) સુધી. જેથી બાકાત કરવાને ટાળી શકાય અને ખાતરી કરો કે તમારા બાળક ને શાળાએ હાજર રહેવાની પરવાનગી મળી શકે.

તમારા બાળકના રસીકરણ રેકોર્ડ અપૂર્ણ નીચેના કારણે છે:

- કોઈ રેકોર્ડ શાળા ને હજૂ સુધી મળ્યો નથી
- નીચે દર્શાવેલ બાબત (ઓ) ખૂટે છે કે અપૂર્ણ છે. જે આ પ્રમાણે છે:
 - શાળા પ્રવેશ માટે ની જરૂરિયાત
 - નવી જરૂરિયાત
 - તમારા બાળક નો રેકોર્ડ અપડેટ કરવા માટે
- માતા પિતા / વાલી ની સહી ની જરૂર છે અને / અથવા જણાવ્યા મુજબ સહી ની તારીખ ની જરૂર છે.
- ડિઝિટાઇઝેશન / સ્વાસ્થ્ય કાળજી પૂરી પાડનાર ની સહી ની જરૂર છે અને / અથવા જણાવ્યા મુજબ સહી ની તારીખ ની જરૂર છે.
- વર્તમાન છૂટ પ્રમાણપત્ર માં નવી રસી માટે અપડેટ જરૂર છે.
- જે તમારા ડિઝિટાઇઝેશન / સ્વાસ્થ્ય કાળજી પૂરી પાડનાર પાસે થી અથવા સ્થાનિક સ્વાસ્થ્ય વિભાગ માથી પ્રાપ્ત થઈ શકે છે તે રેકોર્ડ Alabama સ્ટેટ માન્ય રસીકરણ પ્રમાણપત્ર ટ્રાન્સફર કરવાની જરૂર છે.

દરેક ખૂટતી અથવા અપૂર્ણ નીચે દર્શાવેલ રસી માટે, કૃપા કરીને નીચે દર્શાવેલ માથી એક ની માહિતી આપો: તમારા બાળકે રસી લીધી છે તેનો રેકોર્ડ, રોગ પ્રતિકારકતા દર્શાવવા માટે રક્ત પરીક્ષણ (ટાઈટર), અને / અથવા રસી માથી છૂટ નું પ્રમાણ પત્ર.

ખૂટતી અથવા અપૂર્ણ	રસી	ખૂટતી માત્રા	નિયત તારીખ
	DTP/DTaP/Td (ડિપ્થેરિયા, ધનુર, ઉટાંટિવું) <input type="checkbox"/> કોઈ તારીખ ની નોંધણી થઈ નથી અથવા શ્રેણી અપૂર્ણ છે <input type="checkbox"/> શ્રેણી ની છેલ્લી માત્રા 4 વર્ષ ઉપર અથવા તે પછી મેળવવી હોવી જોઈએ <input type="checkbox"/> બે માત્રાઓ વચ્ચે પૂરતો સમયગાળો નથી અથવા યોગ્ય ઉમરે માત્રા મેળવી નથી	<input type="checkbox"/> માત્રા #1 <input type="checkbox"/> માત્રા #2 <input type="checkbox"/> માત્રા #3 <input type="checkbox"/> માત્રા #4 <input type="checkbox"/> માત્રા #5	
	Tdap બુસ્ટર શોટ (ધનુર, ડિપ્થેરિયા, ઉટાંટિવું)	<input type="checkbox"/> માત્રા #1	
	IPV/OPV (પોલિયો) <input type="checkbox"/> કોઈ તારીખ ની નોંધણી થઈ નથી અથવા શ્રેણી અપૂર્ણ છે <input type="checkbox"/> શ્રેણી ની છેલ્લી માત્રા 4 વર્ષ ઉપર અથવા તે પછી મેળવવી હોવી જોઈએ <input type="checkbox"/> બે માત્રાઓ વચ્ચે પૂરતો સમયગાળો નથી અથવા યોગ્ય ઉમરે માત્રા મેળવી નથી	<input type="checkbox"/> માત્રા #1 <input type="checkbox"/> માત્રા #2 <input type="checkbox"/> માત્રા #3 <input type="checkbox"/> માત્રા #4	
	MMR (ઓરી, ગાલપચોળિયાં, ડુબેલા) <input type="checkbox"/> કોઈ તારીખ ની નોંધણી થઈ નથી અથવા શ્રેણી અપૂર્ણ છે. <input type="checkbox"/> રસી 1 વર્ષ પર અથવા તે પછી લીધી હોવી જોઈએ. <input type="checkbox"/> રસી પહેલી MMR અથવા વેરિસેલ્લા લીધા પછી 28દિવસ થી ઓછા અંતર માં લેવા માં આવી છે.	<input type="checkbox"/> માત્રા #1 <input type="checkbox"/> માત્રા #2	

Autauga County School District

Gujarati
Notice of Incomplete Immunization Status

ખૂટતી અથવા અપૂર્ણ	રસી	ખૂટતી માત્રા	બિયત તારીખ
	<p>Varicella (અછબડા)</p> <p><input type="checkbox"/> કોઈ તારીખ ની નોંધણી થઈ નથી અથવા શ્રેણી અપૂર્ણ છે.</p> <p><input type="checkbox"/> રસી 1 વર્ષ પર અથવા તે પછી લીધી હોવી જોઈએ.</p> <p><input type="checkbox"/> રસી પહેલી વેરિસેલ્લા અથવા MMR લીધા પછી 28દિવસ થી ઓછા અંતર માં લેવા માં આવી છે.</p> <p><input type="checkbox"/> અછબડા નો રોગ થયો હોય તે બાબત ના અપૂર્ણ દસ્તાવેજ છે.</p>	<p><input type="checkbox"/> માત્રા #1</p> <p><input type="checkbox"/> માત્રા #2</p>	
	<p>બીજી કોઈ: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> માત્રા #1</p> <p><input type="checkbox"/> માત્રા #2</p> <p><input type="checkbox"/> માત્રા #3</p>	

તમારા બાળકને યોગ્ય રસી (ઓ) મળી શકે તે ખાતરી કરવા માટે જ્યારે તમે તમારા બાળક ના સીકરણ માટે જાવ ત્યારે તમારી સાથે આ ફોર્મ ની એક નકલ અને કોઈ પહેલાંના રસીકરણ નો રેકોર્ડ લઈ જાઓ.

તમને કોઈ પ્રશ્ન છે કે મદદ ની જરૂર છે તો મહેરબાની કરી ને તમારી શાળા ની નર્સ, સ્વાસ્થ્ય સંભાળ લેનાર કે સ્થાનિક તબીબી વિભાગ નો સંપર્ક કરો. રસી વિષે વધારાની માહિતી મેળવવા માટે U.S. Centers for Disease Control (CDC) www.cdc.gov/vaccines વેબ સાઇટ ની મુલાકાત લો અથવા તમારા રાજ્ય અથવા સ્થાનિક આરોગ્ય વિભાગ ની વેબ સાઇટ _____ ની મુલાકાત લો.

આ બાબતે તમે ત્વરિત ધ્યાન આપ્યું તે બદલ આપનો આભાર!

નામ: _____ તારીખ: _____

ઈમેલ: _____ ફોન: _____

Autauga County School District

မပြည့်စုံသောကာကွယ်ဆေးထိုးထားမှုအခြေအနေအကြောင်းအကြားစာ

ကျောင်းသား။ _____ မွေးနေ့သက္ကရာဇ်။ _____

ခင်မင်လေးစားရပါသောမိဘ/အုပ်ထိန်းသူရှင်/ခင်ဗျား၊

Alabama ပြည်နယ်ကျောင်းကာကွယ်ဆေးထိုးမှုဥပဒေအရ _____
ကျောင်းတက်ရန်သို့မဟုတ်ကျောင်းဆက်လက်တက်ရောက်ရန်သင့်ကလေးသည်စနစ်ကျမှန်ကန်စွာ ကာကွယ်ဆေးထိုးထားပြီးရန်လိုအပ်ပါသည်။
သင့်ကလေး၏မှတ်တမ်းများကိုပြန်လည်စစ်ဆေးချက်တစ်ရပ်အရသင့်ကလေးတွင်အောက်ဖော်ပြပါအရာ (များ) လိုအပ်နေပါသည်။

သင့်ကလေးကိုချန်ထားခဲ့မှုမှရှောင်ရှားနိုင်ရန်နှင့် သင့်ကလေးကိုကျောင်းတက်ခွင့်ပြုရေးအတွက်သေချာစေရန်သင့်ကလေးမှတ်တမ်းများ၏ နောက်ဆုံး
အခြေအနေကို _____ (date) ထက်နောက်မကျပဲကျေးဇူးပြု၍တင်ပြပါ။

သင့်ကလေး၏ ကာကွယ်ဆေးထိုးမှတ်တမ်းများသည်အောက်ပါတို့ကြောင့်မပြည့်မစုံဖြစ်နေပါသည်။

- မည်သည့်မှတ်တမ်းများကိုမူကျောင်းမှလက်ခံရရှိထားခြင်းမရှိပါ။
- အောက်တွင်အမှတ်အသားပြုထားသောအရာ (များ) သည်လိုအပ်နေသို့မဟုတ်မပြည့်မစုံဖြစ်နေပါသည်။ ၎င်းတို့မှာ
 - ကျောင်းဝင်ခွင့်အတွက်လိုအပ်ချက်တစ်ရပ်
 - လိုအပ်ချက်အသစ်တစ်ရပ်
 - သင့်ကလေး၏ မှတ်တမ်းများသို့နောက်ဆုံးအခြေအနေထည့်သွင်းဖြည့်စွက်မှု
- မိဘသို့မဟုတ်အုပ်ထိန်းသူ၏ လက်မှတ်လိုအပ်ခြင်းနှင့်/သို့မဟုတ် ညွှန်ပြထားသောနေရာများတွင်လက်မှတ်ထိုးသည့်နေ့စွဲလိုအပ်ခြင်း၊
- ဆရာဝန်/ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူ၏ လက်မှတ်လိုအပ်ခြင်းနှင့်/သို့မဟုတ် ညွှန်ပြထားသောနေရာများတွင်လက်မှတ်ထိုးသည့်နေ့စွဲ
လိုအပ်ခြင်း၊
- ကာကွယ်ဆေးအသစ်များအတွက်လက်ရှိကင်းလွတ်ခွင့်လက်မှတ်ကို နောက်ဆုံးအခြေအနေထည့်သွင်းဖြည့်စွက်ပေးရန်လိုအပ်ခြင်း၊
- မှတ်တမ်းများကို Alabama ပြည်နယ်မှအတည်ပြုထားသည့်ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးကြောင်းလက်မှတ် (Certificate of Immunization)
သို့လွှဲပြောင်းပေးပို့ရပါမည်။ ၎င်းကိုသင်၏ဆရာဝန်/ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူသို့မဟုတ်ဒေသတွင်းကျန်းမာရေးဌာနရယူနိုင်ပါသည်။

အောက်တွင်ဖော်ပြထားသည့်လိုအပ်နေသည့်သို့မဟုတ်မပြည့်စုံသည့်ကာကွယ်ဆေးတစ်ခုခြင်းအတွက်ကျေးဇူးပြု၍အောက်ပါတို့အနက်မှတစ်ခုခုကိုပေးအပ်ပါ။
သင့်ကလေးထိုးထားသည့်ကာကွယ်ဆေးမှတ်တမ်း၊ ကိုယ်ခံအားကိုဖော်ပြသည့်သွေးစစ်ဆေးမှုတစ်ရပ် (ပဋိပစ္စည်းပြင်းအား) အတွက်မှတ်တမ်းနှင့်/
သို့မဟုတ်ကာကွယ်ဆေးထိုးမှုမှကင်းလွတ်ခွင့်ပေးထားသည့်လက်မှတ်။

လိုအပ်နေမှု သို့မဟုတ်မပြည့် မစုံဖြစ်နေမှု	ကာကွယ်ဆေး	လိုအပ်နေသောဆေး ထိုးသည့်အကြိမ်	သတ်မှတ် ထားသည့် ထိုးရမည့်နေ့
	DTP/DTaP/Td (ဆုံဆိုမေးခိုင်းကြက်ညှာ) <input type="checkbox"/> မည်သည့်နေ့စွဲမှမှတ်တမ်းတင်ထားခြင်းမရှိ သို့မဟုတ် ဆေးတွဲသည်မပြည့်စုံခြင်း။ <input type="checkbox"/> နောက်ဆုံးထိုးထားသောဆေးသည်အသက် 4 နှစ်တွင် သို့မဟုတ် ထို့နောက်ပိုင်းတွင်ဆေးပတ်လည်အောင်ထိုးရန်လိုအပ်ခြင်း။ <input type="checkbox"/> ဆေးတစ်ခုနှင့်တစ်ခုအကြားလုံလောက်သောအချိန်မရှိခြင်း သို့မဟုတ် မသင့်လျော်သောအသက်အပိုင်းအခြားတွင်ဆေးထိုးထားခြင်း။	<input type="checkbox"/> ထိုးဆေး#1 <input type="checkbox"/> ထိုးဆေး#2 <input type="checkbox"/> ထိုးဆေး#3 <input type="checkbox"/> ထိုးဆေး#4 <input type="checkbox"/> ထိုးဆေး#5	
	Tdap Booster Shot (မေးခိုင်းဆုံဆိုကြက်ညှာ)	<input type="checkbox"/> ထိုးဆေး#1	
	IPV/OPV (ပိုလီယို) <input type="checkbox"/> မည်သည့်နေ့စွဲမှမှတ်တမ်းတင်ထားခြင်းမရှိ သို့မဟုတ် ဆေးတွဲသည်မပြည့်စုံခြင်း။ <input type="checkbox"/> နောက်ဆုံးထိုးထားသောဆေးသည်အသက် 4 နှစ်တွင် သို့မဟုတ် ထို့နောက်ပိုင်းတွင်ဆေးပတ်လည်အောင်ထိုးရန်လိုအပ်ခြင်း။ <input type="checkbox"/> ဆေးတစ်ခုနှင့်တစ်ခုအကြားလုံလောက်သောအချိန်မရှိခြင်း သို့မဟုတ် မသင့်လျော်သောအသက်အပိုင်းအခြားတွင်ဆေးထိုးထားခြင်း။	<input type="checkbox"/> ထိုးဆေး#1 <input type="checkbox"/> ထိုးဆေး#2 <input type="checkbox"/> ထိုးဆေး#3 <input type="checkbox"/> ထိုးဆေး#4	
	MMR (ဝက်သက်/ပါးချိပ်ရောင်နာနှင့်ရှာဘလား) <input type="checkbox"/> မည်သည့်နေ့စွဲမှမှတ်တမ်းတင်ထားခြင်းမရှိ သို့မဟုတ် ဆေးတွဲသည်မပြည့်စုံခြင်း။ <input type="checkbox"/> ကာကွယ်ဆေးများကိုအသက် 1 နှစ်တွင် သို့မဟုတ် ထို့နောက်ပိုင်းတွင်ထိုးရန်လိုအပ်ခြင်း။ <input type="checkbox"/> ကာကွယ်ဆေးကို Varicella သို့မဟုတ်ပထမ MMR ထိုးပေးပြီး 28 ရက်နည်းသောအချိန်အတွင်းထိုးပေးထားခြင်း။	<input type="checkbox"/> ထိုးဆေး#1 <input type="checkbox"/> ထိုးဆေး#2	

Autauga County School District

လိုအပ်နေမှု သို့မဟုတ်မပြည့် မစုံဖြစ်နေမှု	ကာကွယ်ဆေး:	လိုအပ်နေသောဆေး ထိုးသည့်အကြိမ်	သတ်မှတ် ထားသည့် ထိုးရမည့်နေ့
	Varicella (ရေကျောက်) <input type="checkbox"/> မည်သည့်နေ့စွဲမှမှတ်တမ်းတင်ထားခြင်းမရှိသို့မဟုတ်ဆေးတွဲသည်မပြည့်စုံခြင်း။ <input type="checkbox"/> ကာကွယ်ဆေးများကိုအသက် 1နှစ်တွင် သို့မဟုတ် ထို့နောက်ပိုင်းတွင်ထိုးရန်လိုခြင်း။ <input type="checkbox"/> ကာကွယ်ဆေးကို MMR သို့မဟုတ်ပထမ Varicella ထိုးပေးပြီး 28 ရက်နည်းသောအချိန်အတွင်းထိုးပေးထားခြင်း။ <input type="checkbox"/> ရေကျောက်ရောဂါရရှိခဲ့မှုနှင့်ပတ်သက်၍ မပြည့်စုံသည့်စာရွက်စာတမ်းများ။	<input type="checkbox"/> ထိုးဆေး#1 <input type="checkbox"/> ထိုးဆေး#2	
	အခြား။ _____	<input type="checkbox"/> ထိုးဆေး#1 <input type="checkbox"/> ထိုးဆေး#2 <input type="checkbox"/> ထိုးဆေး#3	

သင်နှင့်သင်၏ကလေးကာကွယ်ဆေးထိုးရန်သွားသည့်အခါသင့်ကလေးသည်မှန်ကန်သောကာကွယ်ဆေး (များ) ကိုအထိုးခံရနိုင်စေရန်ဤပုံစံ၏မိတ္တူတစ်စောင်နှင့်မည်သည့်ကာကွယ်ဆေးထိုးမှတ်တမ်းဟောင်းများကိုမဆိုကျေးဇူးပြု၍ယူဆောင်သွားပါ။

သင့်တွင်မေးမြန်းလိုသည်များရှိပါကသို့မဟုတ်အကူအညီလိုနေပါကသင့်ကျောင်း၏သူနာပြု၊ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူ၊ သို့မဟုတ်ဒေသတွင်းကျန်းမာရေးဌာနသို့ကျေးဇူးပြု၍ဆက်သွယ်ပါ။ ကာကွယ်ဆေးများနှင့်ပတ်သက်၍ထပ်မံသိရှိလိုပါကအမေရိကန်ရောဂါထိမ်းချုပ်ရေးဌာန U.S. Centers for Disease Control (CDC) ၏ဝက်ဘ်ဆိုက်ဒ် www.cdc.gov/vaccines သို့ကျေးဇူးပြု၍ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ။ သို့မဟုတ်ပြည်နယ်သို့မဟုတ်ဒေသတွင်းကျန်းမာရေးဌာန _____ သို့ဆက်သွယ်ပါ။

ဤကိစ္စအတွက်သင်၏ချက်ချင်းအလေးပေးဆောင်ရွက်မှုကိုကျေးဇူးတင်ပါသည်။

အမည်။ _____ နေ့စွဲ။ _____
 အိမ်မှလ်။ _____ ဖုန်း။ _____

Autauga County School District Notice of Incomplete Immunization Status

Student: _____ Birthdate: _____

Dear Parent/Guardian:

Alabama State School Immunization law _____ requires that your child be properly immunized in order to attend or continue attending school. A review of your child's records indicates that your child is missing the item(s) marked below.

Please update your child's records by no later than _____ (date) to avoid exclusion and make sure your child will be allowed to attend school.

Your child's immunization records are incomplete due to the following:

- No records have been received by the school.
- The item(s) marked below are missing or incomplete. This is:
 - a requirement for school entry
 - a new requirement
 - an update to your child's records
- Needs signature of parent or guardian and/or date of signature where indicated.
- Needs signature of physician/health care provider and/or date of signature where indicated.
- Current Certificate of Exemption requires updating for new immunizations.
- Records need to be transferred to an Alabama State approved Certificate of Immunization that can be obtained from your physician/health care provider or local health department.

For each missing or incomplete vaccine indicated below, please provide one of the following: a record that your child received the vaccine, a blood test (titer) showing immunity, and/or a certificate of exemption from vaccine.

Missing or Incomplete	Vaccine	Missing Doses	Date Due
	DTP/DTaP/Td (<i>Diphtheria, Tetanus, Pertussis</i>) <input type="checkbox"/> No dates have been recorded or series is incomplete. <input type="checkbox"/> Last dose in series must be received on or after 4 years of age. <input type="checkbox"/> Not enough time between doses or dose received at inappropriate age.	<input type="checkbox"/> Dose #1 <input type="checkbox"/> Dose #2 <input type="checkbox"/> Dose #3 <input type="checkbox"/> Dose #4 <input type="checkbox"/> Dose #5	
	Tdap Booster Shot (<i>Tetanus, Diphtheria, Pertussis</i>)	<input type="checkbox"/> Dose #1	
	IPV/OPV (<i>Polio</i>) <input type="checkbox"/> No dates have been recorded or series is incomplete. <input type="checkbox"/> Last dose in series must be received on or after 4 years of age. <input type="checkbox"/> Not enough time between doses or dose received at inappropriate age.	<input type="checkbox"/> Dose #1 <input type="checkbox"/> Dose #2 <input type="checkbox"/> Dose #3 <input type="checkbox"/> Dose #4	
	MMR (<i>Measles, Mumps & Rubella</i>) <input type="checkbox"/> No dates have been recorded or series is incomplete. <input type="checkbox"/> Vaccinations must be received on or after 1 year of age. <input type="checkbox"/> Vaccine was given less than 28 days after Varicella or first MMR.	<input type="checkbox"/> Dose #1 <input type="checkbox"/> Dose #2	

Autauga County School District

Missing or Incomplete	Vaccine	Missing Doses	Date Due
	Varicella (<i>Chicken Pox</i>) <input type="checkbox"/> No dates have been recorded or series is incomplete. <input type="checkbox"/> Vaccinations must be received on or after 1 year of age. <input type="checkbox"/> Vaccine was given less than 28 days after MMR or first Varicella. <input type="checkbox"/> Incomplete documentation of having the Chicken Pox disease	<input type="checkbox"/> Dose #1 <input type="checkbox"/> Dose #2	
	Other: _____	<input type="checkbox"/> Dose #1 <input type="checkbox"/> Dose #2 <input type="checkbox"/> Dose #3	

Please take a copy of this form and any previous immunization records with you when you and your child go for the vaccinations to make sure that your child receives the correct vaccine(s).

If you have questions or need help, please contact your school nurse, health care provider or local health department. For additional information on vaccines, please visit the website of the U.S. Centers for Disease Control (CDC) at www.cdc.gov/vaccines, or your state or local health department at _____.

Thank you for your prompt attention to this matter!

Name: _____ Date: _____

Email: _____ Phone: _____