



# SHARJAH INDIAN SCHOOL

Tel: 06 5670560 / Tel:06 5671866

Fax: 06 5672914

P.O. Box – 2324, Sharjah

e-mail: [mail@sissharjah.com](mailto:mail@sissharjah.com) Website: [www.sissharjah.com](http://www.sissharjah.com)

## OUR VISION

Educate Enlighten Empower

Circular No. SIS/036/2023-2024

26<sup>th</sup> September 2023

### For the students of Grade I

Dear Parent  
Sir/Madam

### Sub: Vaccines - MMR (2<sup>nd</sup> Dose), DTaP, IPV, Polio (OPV) & Varicella (2<sup>nd</sup> Dose)

As per the instruction of the Ministry of Health we will be giving the Vaccines - MMR (2<sup>nd</sup> Dose), DTaP, IPV, Polio (OPV) & Varicella (2<sup>nd</sup> Dose) vaccine to the students of Grade I. You are required to fill in the attached forms (pre-vaccination questionnaire and immunization consent form) and submit the same along with a copy of your ward's **CHILDHOOD VACCINATION CARD (COMPULSORY)** to the concerned class teacher on or before 6<sup>th</sup> October 2023.

Kindly note that all the students are required to submit the forms. Please go through the details carefully and fill up the relevant columns. In case your ward **does not require** the vaccine you are required to **give the reasons** as mentioned in the consent form.

Kindly cooperate for the health and safety of your ward.

Seeking your cooperation.

Yours sincerely,

PRAMOD MAHAJAN  
PRINCIPAL



## استبيان ما قبل جرعة التطعيم Pre-vaccination Questionnaire

Student Name:	اسم الطالب/ة:
Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Date of birth: .....	انثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> : الجنس تاريخ الميلاد: .....
School Name:..... Class/section:.....	المدرسة:..... الصف/ الشعبة
Telephone No.: Mobile ..... Home .....	رقم الهاتف: موبايل ..... منزل: .....

للتأكد من إعطاء التطعيم بشكل آمن، يقوم ممرض/ة المدرسة بطلب معلومات عن ابنك / ابنتك ، يرجى تعبئة هذا النموذج قبل إعطاء التطعيم. سيتم توزيع استبيان التطعيم في بداية العام الدراسي . يرجى إبلاغ ممرض/ة المدرسة عن أي تغيير في صحة الطالب/ة خلال العام الدراسي الحالي للطالب/ة مما قد يؤثر على إعطاء جرعة التطعيم.

To administer the vaccine safely to your child, the school nurse would some information about your son / daughter .Kindly fill this form before we give the vaccination to your child. We will distribute this form at the beginning of the academic year .Please inform the school nurse about any changes in your child's health during this academic year/ which might affect giving your child the vaccination dose.

1	هل لدى الطالب/ة حساسية من أي نوع من الأدوية ، الأطعمة، التطعيم او حساسية من أي شيء آخر؟ اذكرها ..... Has the student ever experienced any drugs sensitivity, food allergy, reaction to vaccines, or any other sensitivity? Please mention it if any.....
2	هل تعرض الطالب/ة سابقا لأي حساسية او مضاعفات بعد التطعيم؟ اذا كانت الاجابة نعم يرجى ذكر المضاعفات ..... Has the student ever Experienced any sensitivity, or complications post vaccination? If the answer is yes please mention such complications.....
3	هل تعرض الطالب/ة لتشنجات أو مشاكل في ( الدماغ ) الجهاز العصبي Has the student ever suffered from any convulsions or any brain problems (neurological diseases)?
4	هل يعاني الطالب/ة او احد افراد العائلة من اي حالة قد تضعف الجهاز المناعي للطالب مثل سرطان الدم، سرطان الغدد الليمفاوية، زراعة الاعضاء، الخ؟ Does the student or any family member suffer from any health conditions that depress the immunity like leukemia, lymphoma, organ transplantation ,etc
5	هل تناول الطالب/ة أي دواء يحتوي على الكورتيكوزون، أدوية السرطان والعلاج الكيماوي في الثلاث شهور السابقة؟ Did the student receive any medications containing steroids, cancer medications, or chemotherapy within the last three months?
6	هل تعرض الطالب/ الطالبية لنقل دم او اجسام مضادة او بلازما خلال العام السابق ؟ ..... اذا كانت الاجابة نعم اذكر التاريخ



	Did the students receive any blood transfusion or antibodies or plasma within the last year? If yes please mention the date: .....	
7	هل يعاني الطالب/ الطالبة من أية أمراض أو أي أدوية لمنع تجلط الدم؟ وضح .....  Does the student suffer from any disease or receive any medications that affect coagulation? Please explain: .....	
8	هل تم إعطاء الطالب/ة أي تطعيمات خلال الشهر السابق؟ إذا كانت الإجابة نعم اذكر اسم التطعيم وتاريخه : .....  Did the student receive any vaccination during the last month? If yes please mention the name & the date of the vaccine received .....	

Notes	ملاحظة تؤد ذكرها
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Parent's name:	اسم ولي الأمر :
Parent's Signature:	التوقيع:
Date:	التاريخ:

For any inquiry: please communicate with the school nurse

للاستفسار : يرجى التواصل مع ممرض/ ممرضة المدرسة

## School Health Program - Immunization Consent Form for Grade 1

Student's name: .....

Emirate ID number: .....

Due to the important role of taking vaccines as a strong public health preventive approach against a set of infectious diseases according to the ministerial decree no: (14)\*, the School Health program is offering the below mentioned vaccines as boosters vaccination doses for students studying in grade 1

**Table for important vaccines to be taken at grade 1:**

Grade الصف	Administration route طريقة إعطاء اللقاح	Vaccine التطعيم
Grade 1	Injection حقنة	Second dose of Measles, Mumps, Rubella(MMR) الجرعة الثانية من لقاح الحصبة، الحصبة الألمانية، النكاف
	Injection حقنة	Combined: Diphtheria, Tetanus, a cellular Pertussis & IPV (DTaP, IPV) اللقاح المركب ويحتوي: الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي مع شلل الأطفال المعطل
	2 Drops/Mouth نقطتين بالفم	Polio (OPV) شلل الأطفال الفموي
	Injection حقنة	Second dose of Varicella Vaccine 2nd dose الجرعة الثانية من لقاح تطعيم الجدري المائي

☐ Yes, I do agree that my child can be vaccinated

If you would like to refuse taking vaccine for your child please tick (✓) the related reason:

- ☐ My child has a medical condition which prevents him / her from taking the vaccination now.  
(Please send an AUTHENTICATED report explaining the medical condition to the school nurse)
- ☐ I disagree because my child has been vaccinated before with one of above mentioned booster doses.  
(Please send an official prove for that)
- ☐ Other reason please specify  
.....

Parent's / guardian's name: ..... Relationship: .....

Mobile phone no: .....

Signature: .....

Date:     /     /

Date D - If you require any further queries, please contact the school nurse.

\* As per ministerial decree no: (14) for 2014 where under paragraphs no: 21 & 24 the following must be fulfilled:

- Any parent/ guardian MUST accompany his/her child to the nearest vaccination service for taking recommended vaccines in line with the National Immunization Schedule for the UAE.
- The ONLY condition that could be considered as EXEMPTION from taking any vaccine is due to prove medical contra indication/ reason.