



টিকা বা ইমিউনাইজেশন রেকর্ড অসম্পূর্ণ থাকায় স্কুল থেকে অব্যাহতির বিজ্ঞপ্তি

সন্তানের নাম: _____ তারিখ (DD/MM/YYYY) : _____

সন্তানের OSIS নম্বর: _____ স্কুলের DBN: _____ গ্রেড বা ক্লাস: _____

প্রিয় পিতামাতা অথবা অভিভাবক:

এক বা একাধিক টিকা বা ভ্যাকসিন (নিচের সারণিতে চিহ্নিত করা) গ্রহণ না করায় আপনার সন্তান ___/___/___ (DD/MM/YYYY) তারিখ থেকে স্কুলে অংশগ্রহণ করতে পারবে না। গণস্বাস্থ্য আইন (পাবলিক হেলথ ল) অনুচ্ছেদ 2164 অনুসারে আপনি যদি আপনার সন্তান ভ্যাকসিন গ্রহণের রেকর্ড কিংবা তার রোগ প্রতিরোধক্ষমের প্রমাণ দেখাতে না পারেন, তাহলে আপনার সন্তানের প্রিন্সিপালের জন্য আপনার সন্তানকে স্কুলে অংশগ্রহণের অনুমতি দেয়া নিষিদ্ধ।

আপনার সন্তান যেন বাদ পরে যাওয়া টিকা বা ভ্যাকসিন পেতে পারে তা নিশ্চিত করতে এই চিঠিটি আপনার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে দেখাবেন। যদি আপনার সন্তান ইতোমধ্যে টিকা বা ভ্যাকসিনগুলো গ্রহণ করে থাকে কিংবা তার রোগ প্রতিরোধক্ষমের প্রমাণ থাকে, তাহলে সেই রেকর্ডগুলো স্কুলের প্রিন্সিপালকে দেবেন। ন্যূনতম বয়সের আগে দেওয়া (বেশি আগেভাগে) টিকা বা ভ্যাকসিন গণ্য হবে না। ভ্যাকসিনের বিকল্প সময়সূচি গ্রহণযোগ্য নয়। রোগ প্রতিরোধক্ষমতা সম্পর্কে কোনো প্রশ্ন থাকলে বা কোনো স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর খুঁজতে সহায়তার জন্য 311 নম্বরে ফোন করুন।

টিকা বা ভ্যাকসিনসমূহ (না দেয়া ভ্যাকসিনগুলোতে টিক চিহ্ন দেয়া হয়েছে)	প্রয়োজনীয় ডোজ সংখ্যা	স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর জন্য দ্রষ্টব্য*
___ ডিপথেরিয়া, টিটেনাস এবং পারটুসিস (DTap বা DTP), কিংবা টিটেনাস এবং ডিপথেরিয়া (Td)	___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5	DTaP, 7 বছরের চাইতে কম বয়সীদের জন্য। Td, 7 বছর বা অধিক বয়সীদের জন্য।
___ টিটেনাস, ডিপথেরিয়া এবং অ্যাসেলুলার পারটুসিস (Tdap)	___ 1	10 বছর অথবা বেশি বয়সে দেয়া একমাত্র Tdap (অথবা DTaP) - এর ডোজ 6 থেকে 9 গ্রেডের জন্য গণ্য; 7 বছর বা বেশি বয়সে দেয়া ডোজগুলো 10 থেকে 12 গ্রেডের জন্য গণ্য হবে।
___ পোলিও (IPV অথবা OPV)	___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4	রক্ত পরীক্ষাতে পোলিওর তিনটি সেরোটাইপ-এর সবগুলো থেকে রোগ প্রতিরোধক্ষম দেখালে সেটা গৃহীত হয়, শুধুমাত্র যদি পরীক্ষাটি 2019-এর সেপ্টেম্বরের আগে করা হয়ে থাকে।
___ মিজলস, মাম্পস ও রুবেলা (MMR)	___ 1 ___ 2	রক্ত পরীক্ষায় রোগ প্রতিরোধক্ষম দেখালে গৃহীত হয়।
___ হেপাটাইটিস B	___ 1 ___ 2 ___ 3	রক্ত পরীক্ষায় রোগ প্রতিরোধক্ষম বা সংক্রমণ দেখালে গৃহীত হয়।
___ ভারিসেলা (জলবসন্ত বা চিকেনপক্স)	___ 1 ___ 2	রক্ত পরীক্ষায় রোগ প্রতিরোধক্ষম অথবা প্রদানকারীর দেয়া রোগের নথিপত্র গ্রহণযোগ্য।
___ মেনিগোকক্কাল কনজুগেট (MenACWY)	___ 1 ___ 2	10 বছর অথবা বেশি বয়সে দেয়া একমাত্র MenACWY-এর ডোজ 7 থেকে 10 গ্রেডের জন্য গণ্য; 10 বছর বা কম বয়সে দেয়া ডোজগুলো 11 থেকে 12 গ্রেডের জন্য গণ্য হবে।
___ হেমোফিলাস ইনফ্লুয়েনজা টাইপ B (Hib)	___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4	চাইল্ড কেয়ার, হেড স্টার্ট, নার্সারি, 3-K অথবা প্রিকিন্ডারগার্টেন
___ নিউমোকক্কাল কনজুগেট (PCV)	___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4	চাইল্ড কেয়ার, হেড স্টার্ট, নার্সারি, 3-K অথবা প্রিকিন্ডারগার্টেন
___ ইনফ্লুয়েঞ্জা (ফ্লু)	___ 1	চাইল্ড কেয়ার, হেড স্টার্ট, নার্সারি, 3-K অথবা প্রিকিন্ডারগার্টেন

*For health care providers: To view school immunization requirements, visit schools.nyc.gov and search for immunizations (see the Information for Providers section).

প্রিন্সিপালের নাম: _____

স্কুলের ফোন: _____